

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

факультет здоров'я людини
кафедра психології та соціології

Перепелиця О. Є.

Кваліфікаційна робота
ВПЛИВ ТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ НА РОЗВИТОК
ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

2024

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

Факультет здоров'я людини
(повне найменування інституту, факультету)

Кафедра психології та соціології
(повна назва кафедри)

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

до кваліфікаційної роботи
освітньо-кваліфікаційного рівня бакалавр
(бакалавр, спеціаліст, магістр)
спеціальності 053 Психологія
(шифр і назва спеціальності)
Освітня програма «Психологія»

на тему: «Вплив травмуючих ситуацій на розвиток психосоматичних розладів особистості»

Виконала:

здобувачка вищої освіти групи ПС-20з

Перепелиця О. Є.

Керівник: к. психол. н., доц.

Бугайова Н. М.

Завідувачка кафедри психології та соціології:
д. психол. н., проф.

Бохонкова Ю. О.

Рецензент:

к.психол.н., доц.,
завідувачка кафедри психології,
педагогіки та філософії
Кременчуцького національного університету
імені Михайла Остроградського

Літвінова О. В.

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет _____ здоров'я людини _____
Кафедра _____ психології та соціології _____
Освітньо-кваліфікаційний рівень _____ бакалавр _____
(бакалавр, спеціаліст, магістр)
Спеціальність _____ 053 Психологія _____
(шифр і назва)
Освітня програма _____ «Психологія» _____

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувачка кафедри
психології та соціології
Бохонкова Ю. О.

“20” травня 2024 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
ЗДОБУВАЧКИ ВИЩОЇ ОСВІТИ
Перепелиці Олени Євгенівни

1. Тема роботи: «Вплив травмуючих ситуацій на розвиток психосоматичних розладів особистості».

Керівник роботи: Бугайова Н. М. – к. психол. н., доц. кафедри психології та соціології, затверджений наказом по університету від «24» квітня 2024 року, № 28/15.17

2. Строк подання студентом роботи «14» червня 2024 року

3. Вихідні дані до роботи: обсяг роботи – 76 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури оформлюється згідно з бібліографічними нормами з урахуванням Національного стандарту України ДСТУ 8302:2015.

4. Перелік питань, які потрібно розробити: проаналізувати наукові джерела з проблеми впливу травмуючих ситуацій на розвиток психосоматичних розладів особистості; підібрати діагностичний інструментарій згідно проблеми дослідження та провести експериментальне дослідження; за допомогою математичних методів обробити й презентувати отримані результати; на основі результатів проведеного констатувального експерименту розробити практичні рекомендації щодо розвитку резильєнтності та навичок самодопомоги.

5. Перелік графічного матеріалу: таблиці, рисунки (гістограми, діаграми)

6. Консультанти розділів роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1.	Бугайова Н. М.– к. психол. н., доц. кафедри психології та соціології	27.05.2024	09.06.2024
2.	Бугайова Н. М. – к. психол. н., доц. кафедри психології та соціології	10.06.2024	23.06.2024

7. Дата видачі завдання: 20.05.2024 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів виконання кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів	Примітка
1	Визначення проблеми, завдань дослідження та розроблення плану кваліфікаційної роботи.	20.05.2024 – 26.05.2024	
2	Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження.	27.05.2024 – 02.06.2024	
3	Підбір діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту.	03.06.2024 – 06.06.2024	
4	Узагальнення результатів констатувального експерименту та їх графічна презентація.	07.06.2024 – 10.06.2024	
5	Розробка практичних рекомендацій, спрямованих на розвиток резильєнтності та навичок самодопомоги	11.06.2024 – 13.06.2024	
6	Представлення роботи на зовнішню рецензію.	14.06.2024 – 16.06.2024	
7	Перевірка роботи на академічний плагіат.	17.06.2024 – 19.06.2024	
8	Підготовка кваліфікаційної роботи до захисту.	20.06.2024 – 23.06.2024	
9	Захист кваліфікаційної роботи.	24.06.2024 – 30.06.2024	

Здобувачка вищої освіти

Перепелиця О. Є.

Керівник роботи:
к. психол. н., доц.

Бугайова Н. М.

РЕФЕРАТ

Текст – 76 с., табл. – 10, рис. – 5, література – 77 дж., додатків – 5.

В роботі проведено теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми впливу травмуючих ситуацій на розвиток психосоматичних розладів особистості. Експериментально розглянуто аспекти впливу травмуючих ситуацій на розвиток психосоматичних розладів особистості. Проведено аналіз та підібрано психодіагностичні методики, спрямовані на дослідження впливу травмуючих ситуацій на розвиток психосоматичних розладів особистості. За допомогою методів математичної обробки даних представлено результати констатувального експерименту, на основі яких підібрано матеріали для розробки практичних рекомендацій, спрямованих на розвиток резильєнтності та навичок самодопомоги.

Ключові слова: ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА, ЕМОЦІЙНИЙ СТАН, НЕГАТИВНІ ПОЧУТТЯ, НЕРВОВО-ПСИХІЧНА НАПРУГА, ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ, РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ, САМОДОПОМОГА, СТРЕС, ТРАВМАТИЧНА ПОДІЯ, ТРАВМУЮЧИ СИТУАЦІЇ, ТРИВОЖНІСТЬ.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ	11
1.1. Аналіз наукової літератури з проблеми вивчення психосоматичних розладів особистості	11
1.2. Психологічні особливості виникнення та розвитку психосоматичних розладів.....	22
1.3. Чинники та основні симптоми психологічної травми	27
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	31
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ НА РОЗВИТОК ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ	32
2.1. Вплив травмуючих ситуацій на розвиток психосоматичних розладів особистості.....	32
2.2. Дослідження впливу травмуючих ситуацій на розвиток психосоматичних розладів особистості	38
2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту	42
2.4. Практичні рекомендації щодо розвитку резильєнтності та навичок самодопомоги.....	58
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	70
ВИСНОВКИ	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	75
ДОДАТКИ	83

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Переживання травмуючих ситуацій може призвести до формування психосоматичних розладів, які є серйозною проблемою для здоров'я людини та якості її життя, а також впливають на працездатність, матеріальне положення та міжособистісні стосунки.

Зроблені дослідження протягом багатьох років, свідчать про зростання поширеності психосоматичних розладів – групи захворювань, при яких психогенні фактори, такі як: війна, різні види насильства, нещасні випадки, стихійні лиха, погіршення світової економічної ситуації, та безліч інших травмуючих ситуацій, відіграють значну роль у виникненні, перебігу та загостренні соматичних розладів.

Вивчення цього явища пов'язане з різними аспектами психосоматичних розладів, які є результатом взаємодії між психічним станом та фізичним здоров'ям особистості, адже коли людина опиняється в одній з травмуючих ситуацій в повсякденному житті, це стає сильним випробуванням для її психіки, залишаючи глибокі сліди як на її емоційному, так і психологічному станах. Людський мозок реагує на стресові ситуації широким спектром відповідей, включаючи відчуття тривоги, страху, безпорадності та навіть депресії. Однією з основних наслідків травмуючих подій є посттравматичний стресовий розлад, окрім нього критичні ситуації можуть викликати інші реакції, такі як загальний стрес, панічні атаки, фобії, або навіть розвиток серйозних психічних захворювань, таких як депресія або тривожний розлад. Важливо пам'ятати, що кожна людина реагує на травмуючі ситуації по-різному, і вплив на її психіку може бути індивідуальним, залежно від темпераменту, особливостей виховання, соціально-економічного положення та близького оточення особистості.

Надмірне емоційне реагування, не проживання в повній мірі травмуючих ситуацій, ухід від проблеми в психологічний захист, часто може призвести до соматичних розладів, що виникають після травмуючих ситуацій.

Після переживання стресових або травматичних подій, наприклад таких як: аварії, насильство або природні катастрофи, організм може реагувати різноманітними способами. Люди з посттравматичним стресовим розладом можуть відчувати низку фізичних симптомів, таких як болі у м'язах та суглобах, головні болі, проблеми зі сном та шлунково-кишкові розлади. Крім того, травмуючі події можуть викликати ряд інших соматичних розладів, таких як серцево-судинні захворювання, порушення обміну речовин та імунної системи.

Багато людей не є проінформованими тим, що на виникнення хвороби має вплив не лише спадковість чи неправильний спосіб життя, але й фактори у вигляді стресових подій. Така недостатня усвідомленість може призвести до заперечення зв'язку між психічним станом та фізичним здоров'ям, а також до недооцінки важливості психічного здоров'я.

Поглиблене вивчення впливу переживання травмуючих ситуацій на формування психосоматичних розладів, дозволить розробити ефективні методи для розвитку резильєнтності особистостей, які опиняються в стресових життєвих умовах, забезпечити своєчасну та якісну психологічну підтримку особам, які переживають такі ситуації, та розширять знання в тематиці психологічної самопомоги.

Тому актуальність вивчення питання впливу переживання травмуючих ситуацій на формування психосоматичних розладів обумовлена не лише потребою у широкому розумінні цих процесів, але й необхідністю у підвищенні обізнаності серед населення щодо важливості психічного здоров'я.

Об'єкт дослідження - психосоматичні розлади.

Предмет дослідження - вплив травмуючих ситуацій на розвиток психосоматичних розладів особистості.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості впливу травмуючих ситуацій на розвиток психосоматичних розладів особистості.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі **завдання дослідження:**

1. Проаналізувати наукову літературу з проблеми вивчення психосоматичних розладів особистості.
2. Визначити особливості впливу травмуючих ситуацій на розвиток психосоматичних розладів особистості.
3. Провести емпіричне дослідження впливу травмуючих ситуацій на розвиток психосоматичних розладів особистості.
4. Зробити психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту.
5. Розробити практичні рекомендації щодо розвитку резильєнтності та навичок самодопомоги.

Теоретико-методологічну базу дослідження склали концепції та теорії: розвитку психосоматичних розладів (А. Хайронт, К. Якобі, В. Гризингер, З. Фройд, Д. Вайлдер, Ф. Александер, К. Хорні, Д. Фрезер, Ф. Елленбергер, Гіппократ, О. Хаустова, Д. Харченко, К. Проноза, Л. Перетяцько, М. Тесленко, І. Грицюк, І. Савенкова, А. Шевчук, Т. Єременко, Т. Хомуленко та ін.); концепції стресу (Р. Хоккі, П. Хамільтона, Г. Сельє, В. Венди); дії та наслідків травматичних подій (О. П. Василюк, Л. А. Найдьонова, Ж. В. Сидоренко, А. Венгер, Д. Джонсон, К. Хорні та інші); психоаналітичної теорії травми (З. Фройд, Ж. Шарко, Ж. Брейєр, К. Юнг, Д. Калшед, Г. Сельє); травматичного емоційного досвіду (М. Массей, Р. Хаммер, Р. Ланіус, О. С. Кочарян, П. Сіфнеос); песимістичного пояснювального стилю (К. Петерсон, М. Селігман, Дж. Валліант); інфантильних травм (Л. Бурбо, Ст. Джонсон,) концептуальні положення щодо неадаптивних когніцій (А. Бек, А. Елліс, Р. Макмаллін).

Методи (методики) дослідження:

- теоретичні: аналіз наукової літератури з проблеми дослідження;
- емпіричні: спостереження, бесіда, експеримент (констатувальний), тестування (методика «Опитувальник визначення

нервово-психічної напруги» (Т. А. Немчін), методика «Шкала диференціальних емоцій» (К. Ізард), методика «Перелік життєвих подій» (LECS-5), методика «Опитувальник посттравматичних когніцій»);

– методи математичної обробки даних.

Теоретичне значення дослідження полягає в розширенні знань про психологічні механізми впливу травмуючих ситуацій на розвиток психосоматичних розладів особистості; визначенні чинників впливу травматичних ситуацій на виникнення психосоматичних розладів; розробці програми соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на розвиток резильєнтності та навичок самодопомоги.

Практичне значення дослідження. Дані, отримані в ході дослідження можуть бути використані психологами, викладачами щодо підготовки до проведення лекційних і практичних занять, здобувачами вищої освіти, які вивчають дану проблематику, а також всіма зацікавленими даною проблемою особистостями.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Аналіз наукової літератури з проблеми вивчення психосоматичних розладів особистості

Первісна медицина використовувала ритуали і заклинання, прийоми залучення та відлякування духів як примітивні методи лікування. Важко розрізнити в цьому контексті психосоматичні аспекти. Індійський лікар Бхаскаре Бхатте висловлював думку, що емоції, такі як туга, гнів, смуток і переляк, є першими кроками на шляху будь-якої хвороби [66].

Розуміння індійської філософії йоги виходить за межі взаємозв'язку мозку і тіла. Погляди Гіппократа, видатного давньогрецького лікаря, чудово відображають уявлення про людину як цілісну систему. Він вважав, що важливіше розуміти, хто захворів, ніж на яку хворобу [49].

Інтерпретація результатів дослідження психічної діяльності та її порушень завжди відображала рівень розвитку відповідних дисциплін, таких як психологія, нейрофізіологія. Можливість досліджувати та пояснювати підсвідомі аспекти психічної діяльності сприяла зародженню психоаналізу. Завдяки психоаналізу було виявлено ряд психоневрологічних захворювань. З. Фройд, звертаючи увагу на психологічні конфлікти як причину багатьох захворювань, відмежував їх не тільки за межі мозку, але й тіла, а також розглядав роль підсвідомих процесів у формуванні таких конфліктів. Однак він часто редукаціоністично зводив усі пояснення цих конфліктів до сексуальної незадоволеності, а також ставив протиставлення між свідомістю та несвідомим, надаючи головну роль останньому [20].

У прагненні повернутися до гіпократівської концепції хвороби як єдиного прояву порушень душі і тіла, зарубіжні клініцисти впровадили термін «психосоматика», або точніше «психосоматична медицина». У 1818 році

німецький лікар Іоганн Хайнрот вперше ввів термін «психосоматичний». Він пояснював наслідки внутрішнього конфлікту як прояв психічного захворювання, а також патології внутрішніх органів [9]. У 1822 році німецький психіатр М. Якобі впровадив поняття «соматопсихічний» для опису сутності психічних порушень, пов'язаних з фізичними розладами [9].

Термін «психосоматичний» увійшов у медичну лексику лише через сто років. У цей період психосоматична медицина розглядалася як прикладний психоаналіз у медицині. Віденські психоаналітики, такі як К. Дойч та його колеги, Г. Ф. Данбар, та Ф. Александер, до кінця 50-х років опублікували близько 5000 статей про соматичну медицину в США. Напрямок продовжували розвивати видатні аналітики, такі як А. Адлер та Л. Сонді [67].

Ідея про зв'язок між психічними процесами та соматичними порушеннями має свої коріння в стародавніх медичних трактатах. Наприклад, вважалося, що незадоволене бажання жінки мати дитину може призводити до рухів матки, що викликають болі у нижній частині живота. Це явище було описане як істерія. З іншого боку, іпохондрія розглядалася як органічне захворювання, яке мало місце в підребер'ї [67].

Спочатку психосоматики зосередилися на розгляді впливу психологічного конфлікту і емоційного стресу на функціонування головного мозку та тіла. Вони досліджували, чому під впливом соціальних чинників, що спричиняють психологічний конфлікт, одні люди можуть отримати виразку шлунка або дванадцятипалої кишки, інші – інфаркт серця, а треті – артрити [62].

Термін «психосоматична медицина» з'явився у січні 1939 року, коли американський психоаналітик Ф. Данбар започаткувала видання журналу «Психосоматична медицина». Основні умови та особливості розвитку психосоматичної медицини полягають у ускладненні поняття психіки, зокрема у виділенні свідомих і несвідомих компонентів, бажанні пояснити психологічний конфлікт через їх невідповідність, а також у використанні психоаналітичних методів для діагностики характеру психологічного

конфлікту та його впливу на соматичні органи [67].

Ще у 1943 році Ф. Данбар запропонувала концепцію «профілів особистості», стверджуючи що певні психологічні риси роблять людей більш схильними до певних захворювань. Дослідивши 1600 пацієнтів з різними недугами, вона дійшла до висновку, що люди, які страждають на одні і ті ж захворювання, мають схожі психологічні характеристики. Ф. Данбар описала п'ять основних типів особистості, такі як «гіпертонічний», «коронарний», «алергічний», «схильний до пошкоджень» та інші. На її думку для розуміння схильностей до захворювань слід враховувати не лише психологічні фактори, але і відносини з оточуючими, соціальний статус, освіту, історія минулих хвороб, сімейна ситуація (розлучення, втрата батьків, відносини з ними), частота хворіб у родичів і ін. [67].

Дослідження Ф. Х. Данбар підтвердили значний вплив психологічних факторів на розвиток психосоматичних розладів.

Однак, її теорія не давала чіткої відповіді на ключове питання: як саме несвідомі внутрішньо-особистісні конфлікти спричинюють або погіршують перебіг цих захворювань [67].

Важливим аспектом психологічного дослідження психосоматичної особистості є вивчення її сімейних відносин, оскільки в людину переходять стереотипи, патерни і моделі поведінки, що запозичені в батьків. Особливості взаємовідносин в родині можуть продукувати у дитини відношення до хвороби як до цінності. Хвороба буває надійним, часом єдиним засобом звернути на себе увагу оточуючих, домогтися їх співчуття, допомоги та підтримки [48].

Пізніше був розроблений критерій «специфіки ставлення» людини до різних зовнішніх впливів. У багатьох, хто відчуває себе незадоволеними життям, розвивається виразкова хвороба, тоді як в активних та успішних людей, які прагнуть до нових досягнень, можуть виникати гіпертонія та інфаркти серця. Поділ особистості базується на двох факторах: а) сприйняттям людиною власної ситуації; б) активністю чи пасивністю в реакції на цю

ситуацію [37].

Психосоматична медицина представляє собою один із варіантів вирішення, близький до патологічних взаємин між мозком та тілом. Основна формула психосоматичної медицини, яка є основою її теоретичної концепції, має вигляд: $V = f(a, b, c, d)$, де V - хвороба, f - функція від ряду факторів: a - спадковість; b - пологові травми; c - перенесені в дитинстві органічні захворювання, що підсилюють вразливість певних органів; d - характер догляду за дитиною (грудне або штучне вигодовування, туалет, сон та ін.), а також несприятливий фізичний та психічний досвід дитинства та юності, емоційний клімат сім'ї, особливості поведінки братів, сестер, пізніше - фізичні порушення [37].

Зародження психосоматичної медицини пов'язують з роботами З. Фрейда, особливо з історією хвороби Анни О., де вперше було виявлено виникнення фізичного симптому конверсії. Навіть якщо сам З. Фрейд ніколи не використовував термін «психосоматична медицина», цей напрямок почав набирати популярності завдяки роботам його учнів та послідовників у США у 30-40-ті роки, а також відразу після війни в Європі. Поняття психосоматичної медицини стало широко відомим завдяки створенню центрів психосоматичної медицини та виданню спеціалізованих журналів [54].

Зигмунд Фрейд, австрійський психолог, суттєво вплинув розуміння психосоматичних розладів. Його теорія психоаналізу пропонує пояснення того, як психологічні фактори можуть призводити до фізичних симптомів. Основні положення З. Фрейда щодо психосоматичних розладів [54]:

1. Емоційні конфлікти та соматичні симптоми: З. Фрейд вважав, що невіршені емоційні конфлікти, як внутрішньоособистісні (між частинами особистості, наприклад, Ід, Его, Суперего), так і міжособистісні (з іншими людьми), можуть проявлятися у вигляді соматичних симптомів. Коли ці конфлікти неможливо усвідомлено вирішити, вони трансформуються у тілесні проблеми.

2. Пригнічені емоції: науковець стверджував, що емоції, які ми не

можемо усвідомити або виразити, «пригнічуються» в несвідоме. Ці пригнічені емоції згодом можуть проявлятися через фізичні симптоми.

3. Психологічні типи та схильність до психосоматичних розладів:
3. Фройд виділив три типи особистості, які, на його думку, більш схильні до психосоматичних розладів:

- істеричний тип: емоційні, експресивні, схильні до драматизації;
- obsesивно-компульсивний тип: ригідні, педантичні, схильні до самоконтролю;
- психосоматичний тип: схильні до соматизації емоцій, їм важко виражати емоції словами.

4. Вплив раннього дитинства: З. Фройд вважав, що ранні дитячі переживання, такі як травми, емоційна депривація, конфлікти з батьками, можуть впливати на схильність до психосоматичних розладів.

5. Психотерапія як метод лікування: дослідник розробив метод психоаналітичної терапії, який може допомогти людям усвідомити та опрацювати свої емоційні конфлікти, що може призвести до покращення їхнього соматичного стану [54].

З. Фройд був одним з перших, хто визначив зв'язок між емоціями та фізичним здоров'ям. Його теорії спонукали дослідження та розвиток психотерапевтичних методів лікування психосоматичних розладів [21].

К. Хорні, американська психоаналітик, внесла значний вклад у розуміння психосоматичних розладів особистості. Її теорія відрізняється від теорії З. Фрейда, оскільки вона зосереджується на соціальних факторах, а не на сексуальних інстинктах, як причинах психосоматичних розладів [22].

Основні положення теорії К. Хорні: тривожність – це основний фактор, що веде до психосоматичного розладу. К. Хорні вважала, що люди відчують тривогу, коли відчують себе некоханими, неприйнятими або небезпечними. Ця тривожність може бути усвідомленою або несвідомою. Однією з її думок було що психосоматика це захист від тривоги, тобто люди з психосоматичним розладом використовують свої тілесні симптоми, щоб впоратися з тривогою і

захистити себе від емоційного болю [22].

Ці симптоми можуть бути неусвідомленою спробою привернення уваги, досягнення контролю або уникнення відповідальності. Згідно з теорією Карен Хорні, існують три типи особистості, схильні до психосоматичних розладів: підлеглий тип (особи, які відчують себе безпорадними і залежними від інших), віддалений тип (особи, які уникають близькості та емоційних зв'язків), і протиборчий тип (особи, які проявляють ворожість та агресію до інших) [22].

Ф. Александер запропонував теорію, згідно якої симптоми психосоматичних захворювань є природною фізіологічною відповіддю на хронічні емоційні стани.

Він вважав, що будь-яка невиражена емоція має свій чітко окреслений соматичний еквівалент, тобто знаходить відображення в тілесних проявах.

Наприклад, хворий нейродермітом пригнічує бажання фізичної близькості, пацієнти з виразковою хворобою переживають конфлікт між потребою в залежності, опіки і прагненням до автономності, незалежності [1, с. 250]. Таким чином, згідно з твердженнями Ф. Александера, поява і перебіг будь-якого захворювання залежить від конфліктної ситуації.

В результаті своїх спостережень Ф. Александер формулює поняття «психогенний розлад органів» і виділяє етапи розвитку цих розладів:

1. Хронічний і (або) надлишковий характер емоційного стимулювання або придушення вегетативної функції, призводить до виникнення «неврозу органів». (Ф. Г. Александер включає в це поняття функціональні розлади внутрішніх органів, причиною яких частково є нервові імпульси, що виникають в результаті емоційних процесів).

2. Функціональний хронічний розлад поступово призводить до зміни тканини і необоротного захворювання органного характеру [11].

Ф. Г. Александер зазначає, що багато хронічних розладів викликаються емоційними конфліктами, які виникають в процесі щоденного існування в результаті контакту з зовнішнім світом, через складність соціального життя. Психосоматичний підхід до проблем життя і хвороби здійснює синтез

внутрішніх фізіологічних процесів і соціальних взаємозв'язків індивіда. Ретельний аналіз життя пацієнта може розкрити джерела ранніх функціональних розладів, перш ніж розлад функції призведе до помітних змін [11].

У Новий час вчення про зв'язок соматичних захворювань та психічних процесів назвали психосоматикою. Спектр можливих причин виникнення психофізіологічних розладів дуже широкий, починаючи від органічно – біологічних до переважно психічних.

Як стверджує Д. Кельнер, і сьогодні під психосоматичними розладами розуміють передусім соматичні захворювання, в етіології яких, принаймні частина пацієнтів, істотну роль відіграють психологічні процеси [71].

Впродовж свого існування людина зустрічається із проблемами порушення нормального функціонування тіла. Вони проявляються на кількох рівнях: соматичному, психічному, психосоматичному. Вони становлять невід'ємну частину культури кожного народу, знаходять відображення в сформованих у різних народів уявленнях про вплив захворювань на душевний стан людини і, навпаки, про можливість виникнення тілесних хворіб внаслідок «душевних хвилювань». Канони давньогрецької медицини мали на увазі неподільність тілесного і психічного. Кожен орган описувався і розглядався в тісному зв'язку з відповідною емоцією (печінка - гнів, серце - страх, шлунок - печаль і туга і ін.). Таким чином, хвороба органу впливає на емоційний стан людини, негативні почуття і емоції сприяють захворюванню конкретного органу [71].

П. Сіфнеос, американський психолог, який найбільше відомий своєю теорією алексотомії. Люди з алексотомією можуть мати гарний фізичний стан та інтелект, але мати труднощі у розпізнаванні, розумінні та вираженні емоцій. У своїй теорії П. Сіфнеос зазначає що алексотомія викликана порушенням у лімбічній системі мозку яка відповідає за пам'ять та емоції. Також виходячи з даної теорії висунув гіпотезу про взаємозв'язок алексотомії з іншими психічними порушеннями, такими як аутизм.

Серед сучасних українських досліджень психосоматичних хворих слід відзначити роботи О Хаустової, Д. Харченко, К. Проноза, Л. Перетятко М. Тесленко, І. Грицюк, І. Савенкова, А. Шевчук, Т. Єременко, Т. Хомуленко та ін.

Д. Харченко досліджуючи психологічні та психофізіологічні особливості осіб із психосоматичними розладами виділив такі фактори впливу на психосоматичні розлади (див. рис. 1.1).



Рис. 1.1. Фактори впливу на виникнення психосоматичних розладів

1) психосоціальні – соціально-психологічні стреси (люди, в яких за певний період накопичується багато стресогенних подій, мають схильність до соматичних скарг);

2) поведінкові – копінг-стратегії подолання труднощів у різних сферах психічної діяльності;

3) індивідуально-типологічні – властивості темпераменту, рівень алекситимії, особистісні особливості та акцентуації;

4) нейродинамічні – розбалансованість процесів збудження й гальмування нервової системи (нейродинамічними облігатними факторами

психосоматозів є слабка або сильна неврівноважена нервова система).

Тобто, психосоматичні захворювання залежать від динамічної багатофакторної взаємодії психосоціальних, поведінкових, індивідуально-типологічних та нейродинамічних чинників [59].

А. Шевчук досліджуючи психосоматичні порушення у постраждалого населення внаслідок надзвичайної ситуації стверджує, що вони можуть з'явитися в результаті стресу, проблем у взаєминах, тривалого конфлікту або інших нефізіологічних причин, часто викликаних зовнішніми факторами або людьми. Велике значення для розвитку цих порушень має характер і інтенсивність стресових ситуацій. Динаміка психопатологічних наслідків залежить від фізіологічних та психологічних особливостей учасника надзвичайної ситуації та його адаптаційних резервів [62, с. 312].

Т. Хомуленко вивчаючи психосоматичні феномени творчого процесу, довела важливість та актуальність вивчення даного напрямку. На її думку творчість не тільки створює щось прекрасне, надихає, але і може діяти на особистість у зворотньому напрямку, викликаючи психосоматичні феномени такі як зміна ваги тіла, зменшення або збільшення апетиту, динаміку загострення або ремісії хронічних захворювань тощо. Через детальне вивчення психосоматики через призму творчості Т. Хомуленко було зроблено висновок про існування психосоматичної норми, яка має риси вищих психічних функцій та обумовлює виникнення зони найближчого розвитку внутрішньої картини здоров'я [57].

Важливим кроком в поясненні психосоматичних хвороб стала теорія десоматизації-ресоматизації, яку сформулював в кінці 20-х років ХХ століття М. Шур. В її основі лежить уявлення про нерозривність соматичних і психічних (емоційних) процесів у людини в ранньому дитинстві. У міру дорослішання дитини, цей зв'язок слабшає, тобто нормальний розвиток, на думку М. Шура, відповідає поняттю «десоматизації», а патологічний - «ресоматизації». Таким чином, схильність до психосоматичних захворювань спричиняється недостатньою диференціацією емоційних і соматичних

процесів у людей з ознаками інфантилізму. У них будь-яке емоційне зрушення легко трансформується в порушення соматичних функцій. Для профілактики психосоматичних захворювань дуже важливо створювати умови, при яких відбувається адекватне психологічне дозрівання особистості [43, с. 22]. Отже, помилки батьків у вихованні дитини потрібно вважати одним з основних факторів у генезі соматичних хвороб.

У книзі «Багато облич Ероса» психоаналітик Джойс Макдугал, розглядає клінічні спостереження щодо стосунків між батьками і немовлятами. Вона показує, що несвідомі очікування батьків впливають на майбутню дитину так само, як і емоції матері. Ці очікування беруть участь у формуванні контакту між матір'ю і плодом, що має важливе значення у формуванні психічної структури немовляти. Поза зовнішніми факторами, такими як очікування батьків, реальні можливості піклування про потреби дитини та випадкові втрати, наш розвиток визначається також індивідуальними, вродженими ресурсами дитини, які в певному відношенні обмежують можливості вибору реакцій на емоції. Наприклад, тип нервової системи, який може бути більш-менш збалансованим або збудливим, впливає на те, як діти реагують на різні ситуації у своєму житті, включаючи очікування батьків [74].

У психологічних дослідженнях показано, що наявність соматичних розладів змінює нормальний хід особистісного розвитку людини. Вивчено психологічні особливості дітей і дорослих з такими захворюваннями, як діабет, захворювання легень, гіпертонія, виразкова хвороба шлунку, серцево-судинні захворювання і ін.

А. В. Михальський досліджуючи психологічні особливості хворих гіпертонічною хворобою, стверджує, що особистість, яка має підвищений артеріальний тиск зазвичай тримається зовні спокійно, але висловлює багато скарг і часто буває імпульсивною. Оскільки, особа відверто не виражає гнів, у неї ця злість може накопичуватися, що в свою чергу сприяє накопиченню і хроніфікації стресових впливів [32, с. 118-129].

Дослідження О. С. Юрценюк людей з ішемічною хворобою серця показало, що вони характеризуються поспіхом у веденні справ, нетерпінням, почуттям постійної нестачі часу і високою відповідальністю за доручену справу. Вони володіють невпевненістю в собі, емоційною лабільністю, їх характеризує «відхід у роботу», так як ні на що інше у них просто не вистачає часу [52, с. 133-135].

Згідно дослідження Ю. М. Мостового, в появі бронхіальної астми істотне значення мають істеричні особистісні риси і усвідомлювана тривога. У симптомах бронхіальної астми вбачають символічне вираження внутрішньо-особистісних конфліктів між потребою хворої людини в ніжності і страхом перед нею, а також суперечливість у вирішенні проблеми «брати і давати». Найчастіше в сім'ях таких хворих батьки прагнуть до контролювання і придушення ініціативи своїх дітей, забороні спонтанних емоційних проявів, так як в такій сім'ї вважається непристойним проявляти свої справжні почуття [34, с. 27-38].

Відносно цукрового діабету є дослідження Т. В. Константинович про те, що розвитку цього захворювання сприяють внутрішньо-особистісні конфлікти, які компенсаторно задовольняються актом їжі. Тут проявляється символічна психологічна формула: їжа дорівнює любові. Це веде до стабільної гіперглікемії, яка послаблює секреторну діяльність острівців Лангерганса підшлункової залози. Одночасно, як наслідок ототожнення їжі з любов'ю, знищується емоція голоду. Стан голоду посилюється незалежно від прийняття їжі. Формується «голодний» метаболізм, який відповідає метаболізму хворого на діабет [16].

Отже, аналіз наукової літератури з проблеми вивчення психосоматичних розладів особистості показує, що існує значний зв'язок між психологічними станами та фізичними захворюваннями. Дослідження підтверджують, що хронічний стрес, тривога, депресія та інші негативні емоційні стани можуть спричиняти або погіршувати різні захворювання, такі як бронхіальна астма, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої

кишки. Розглянуті теорії виявляють, що певні особистісні риси, наприклад, схильність до відчуття безпорадності, агресивність або уникання емоційних зв'язків, можуть значно впливати на розвиток психосоматичних захворювань.

1.2. Психологічні особливості виникнення та розвитку психосоматичних розладів

Психосоматика – велика галузь знань, яка містить в собі кілька основних напрямків. Найбільш відомим з них є спеціальна психосоматика. Спеціальна психосоматика займається вивченням психологічних особливостей хворих з різними психосоматичними захворюваннями. Тут фахівець в першу чергу буде визначати картину особистості хворого (його психологічний портрет), особливості психологічної діагностики та психотерапевтичні підходи, що здатні дати позитивний результат в кожному окремому випадку. Як правило, психосоматична особистість (людина, схильна до певного психосоматичного захворювання або реагування) володіє стійкими психологічними характеристиками, знання яких може допомогти в психотерапевтичній роботі з конкретним симптомом [22].

Психосоматичні розлади – це захворювання, при яких психологічні чинники відіграють ключову роль у виникненні, розвитку та перебігу фізичних симптомів. Ці розлади виникають внаслідок взаємодії психологічних і фізіологічних процесів, коли емоційний стрес або інші психологічні стани можуть викликати або погіршувати соматичні (тілесні) захворювання [54].

Психосоматичні розлади можуть виникнути, коли людина пригнічує свої емоції та бажання. Хоча важливо висловлювати їх, важливо знати, як робити це адекватно, особливо в разі неприйнятних або агресивних почуттів.

Кожна емоція супроводжується фізіологічними змінами в організмі. Наприклад, страх може призвести до збільшення чи сповільнення серцебиття. Якщо стресові ситуації тривають довго, ці фізіологічні зміни можуть стати

стійкими. Утримання емоцій у собі може призвести до напруги м'язів та порушень у фізіологічних процесах [15].

До типових психосоматичних захворювань належать бронхіальна астма, ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, деякі шкірні захворювання, форми ожиріння, а також порушення харчування.

Наприклад, якщо дитина лютує на маму через невиконання бажання, і вона виражає цю злість через плач, крик або інші виразні дії, то для її організму це не є шкідливим.

Питання про механізми та причини виникнення психосоматичних захворювань є складним. Тут враховуються не лише специфіка ситуації, а й особиста історія людини, її характер та інші фактори. Можна виокремити загальні джерела виникнення психосоматичних захворювань, які пов'язані з емоціями:

- 1) особистісна криза може бути вирішена двома основними шляхами. Перший шлях пов'язаний з ризиком, відкриттям нових можливостей та подоланням страху перед змінами. Він передбачає активне прийняття викликів і готовність до змін, що може привести до особистісного зростання і розвитку. Другий шлях полягає у збереженні статус-кво. У цьому випадку кризова ситуація може сприйматися як покарання або страждання, і це може проявлятися у фокусуванні на власних стражданнях та хворобах, старості, страхах, безпорадності та самотності. Цей підхід не передбачає прийняття відповідальності за вихід із кризи, що може призводити до стагнації та подальшого погіршення психологічного стану;

- 2) пригнічена агресія, утисканість та невиражена злість можуть призвести до хвороб і руйнівних наслідків для організму, проте, з часом, людина може втратити потребу у розрядці емоцій, що призводить до "внутрішньої" смерті, коли відбувається відмова від усіх бажань;

3) внутрішній конфлікт – це боротьба між різними частинами особистості, між свідомим та несвідомим, що може призвести до руйнівної "перемоги" однієї з них;

4) мотивація або вторинна вигода хвороби, це ключове поняття психосоматики, згідно з холістичною психологією, будь-яка проблема (захворювання) не є випадковою і має корисні аспекти для людини. особливо важливо зазначити, що користь від захворювання може бути умовною і не свідомою для людини, оскільки механізми психічного захисту захищають її від травматичних спогадів та думок. наприклад, якщо людина хоче привернути увагу, але не вміє цього робити, то цю функцію може виконувати хвороба, що змушує близьких відчувати провину [23];

5) ідентифікація, прагнення бути схожим на когось може призвести до того, що людина постійно імітує цю особу, внаслідок чого втрачає зв'язок зі своїм власним тілом. життя в "чужій аурі" може стати джерелом страждань;

6) батьківський сценарій, намагання відтворити життя за сценарієм своїх батьків може бути причиною спадкових захворювань. хоча генетики можуть заперечувати цей факт, вони визнають, що певні гени, які присутні у всіх, можуть виявитися активними тільки у певних умовах, що сприяє розвитку хвороби;

7) самопокарання, це може відбуватися, коли людина підсвідомо покарає себе за непристойні вчинки або невідповідність власним стандартам, що призводить до почуття провини та бажання покарати себе;

8) психічні травми минулого, це найглибше джерело психосоматичних захворювань. травми дитинства, які можуть бути витіснені або забуті, можуть активно впливати на поведінку та здоров'я людини. ці травми можуть виражатися у формі хронічних хвороб або патологічних процесів, що повторюються з часом [23].

Вивчення поняття психосоматики відбувається у різних наукових напрямках, таких як:

1. Психологія. В психології досліджується вплив психічних процесів і станів на фізичне здоров'я людини, а також взаємозв'язок між емоціями, психічними станами та фізіологічними реакціями організму.

2. Медицина. У медичній сфері психосоматика вивчає взаємозв'язок між психічними факторами та фізичними захворюваннями. Медичні дослідження допомагають зрозуміти, як емоції, стрес і психічний стан можуть впливати на здоров'я та сприяти виникненню різних захворювань.

3. Неврологія і психіатрія. В цих галузях досліджується взаємодія між психічними порушеннями, такими як депресія чи тривога, і різними фізичними проявами, зокрема болем, паралічем або іншими симптомами.

4. Нейронауки. У цій області досліджується вплив мозкової діяльності на фізичне здоров'я і на зворотний зв'язок, коли фізичні стани впливають на психічний стан.

5. Соціологія. У соціології досліджується вплив соціального середовища, культурних чинників та соціальних взаємодій на психічне та фізичне здоров'я.

6. Антропологія. Дослідження антропології включає аналіз взаємодії між культурою, суспільством та індивідуальними особливостями людини, що може впливати на її психосоматичний стан [34].

Ці напрямки взаємодіють, щоб розкрити комплексний характер психосоматичних явищ і з'ясувати їхні причинно-наслідкові зв'язки.

З точки зору медицини психосоматичні розлади - це група станів, при яких психологічні фактори суттєво впливають на фізичне здоров'я людини.

Симптоми психосоматичних розладів можуть бути дуже різноманітними, але найчастіше включають: біль: у спині, животі, голові, м'язах та суглобах; шлунково-кишкові розлади; серцево-судинні проблеми; шкірні проблеми; імунні порушення [40].

Філософський погляд на психосоматику значно ширший, ніж у медицині. Він зосереджується на глибинних зв'язках між тілом і душею, розумом і емоціями, а також на впливі цих зв'язків на здоров'я людини [76].

Деякі ключові філософські течії, що досліджують психосоматику:

- платонізм: розрізняє тіло і душу, вважаючи тіло тимчасовою оболонкою для вічної душі. Душевні переживання, згідно з Платоном, можуть мати значний вплив на фізичне здоров'я;
- аристотелізм: вважає тіло і душу нерозривно пов'язаними. Аристотель стверджував, що емоції, які мають душевну природу, можуть викликати фізіологічні зміни в тілі;
- східна філософія: зосереджується на єднанні тіла і душі, розуму і емоцій. Багато східних практик, таких як йога і медитація, спрямовані на гармонізацію цих аспектів для покращення здоров'я;
- екзистенціалізм: розглядає людину як вільну істоту, що несе відповідальність за своє життя. Екзистенціалісти стверджують, що тривога, страх і відчуття безвиході, які є типовими для екзистенційного досвіду, можуть призводити до психосоматичних розладів;
- психоаналітична теорія: звертає увагу на вплив несвідомих процесів на емоції і поведінку людини. Згідно з психоаналізом, витіснені емоції і конфлікти можуть проявлятися у вигляді психосоматичних симптомів [75].

Філософія не дає готових рецептів лікування психосоматичних розладів.

Психосоматика в психіатрії розглядається як взаємозв'язок між психічними (емоційними, когнітивними) та соматичними (фізичними) процесами. Цей взаємозв'язок може бути двостороннім:

- психогенні фактори (емоційний стрес, тривога, депресія) можуть призводити до розвитку або загострення соматичних захворювань;
- соматичні захворювання можуть впливати на психічний стан людини, викликаючи тривогу, депресію, апатію [75].

Психосоматика в психології розглядає вплив психологічних факторів на фізичне здоров'я людини. Ці фактори можуть включати:

- емоції: тривога, страх, гнів, депресія, емоційний стрес;
- Когнітивні процеси: негативні думки, переконання, установки;

– поведінка: нездоровий спосіб життя, шкідливі звички [63].

Отже, психосоматика є галуззю знань, що знаходиться на межі психологічних і медичних наук, тому у своїх працях досліджує взаємозв'язки, що виникають між психологічними властивостями та соматичним станом людини, особливо у разі захворювання. Термін психосоматика не є цілком точним терміном, який використовується в літературі в різних контекстах і значеннях. Спочатку це стосувалося групи захворювань, при яких фізичний стан пацієнта більше пов'язаний з психологічними факторами, ніж просто з фактом хвороби, що перевантажує психіку. Сюди входять психосоматичні захворювання, при яких патогенез емоцій, особистості та стресу очевидний, а іноді й домінує в образі хвороби.

1.3. Чинники та основні симптоми психологічної травми

Психологічна травма – це негативний психічний і емоційний вплив, який може виникнути в результаті драматичного або небезпечної події, що перевершує здатність особистості її засвоїти [48].

Психологічна травма може бути наслідком різних негативних подій або досвідів, таких як насильство, трагічні втрати, домашнє насильство, війна, сексуальне насильство, емоційне знуцання, інтенсивні стресові ситуації та інші.

Згідно з висновками Д. Германа, психічні травми можна класифікувати за інтенсивністю на наступні типи:

1. Масивні (катастрофічні), раптові, гострі, несподівані. Травми можуть бути абсолютно несподіваними або дуже актуальними для конкретної особистості.

2. Ситуаційно гострі, несподівані. Травми поглинають особистість у різні аспекти життя, такі як втрата соціального визнання.

3. Пролонговано ситуаційні, що трансформують умови багатьох років життя. Травми можуть бути усвідомлюваними і несвідомими, і вони змінюють умови життя протягом тривалого періоду.

4. Пролонговано ситуаційні, що призводять до усвідомленої необхідності стійкого психічного перенапруження. Травми можуть виникати через саму природу ситуації або через надмірний рівень вимог, на які особистість не може відповісти звичним способом [36].

Згідно з поглядами психолога Я. Є. Ляшина, психотравмуючі фактори можна класифікувати наступним чином:

- шоківі психічні травми - це непередбачуваний стрес, спричинений раптовими та небезпечними подіями, такими як напад тварини або удар грому;

- психотравмуючі ситуації, що відносно короткочасні, але мають значний емоційний вплив на людину, - це події, що відбуваються протягом короткого періоду, але можуть значно впливати на її психічний стан;

- хронічно діючі психотравмуючі ситуації, які торкаються основних орієнтацій особистості, включають тривалі конфлікти в родині, протиріччя в вихованні та деспотичне ставлення, що можуть впливати на розвиток особистості протягом тривалого періоду;

- фактори емоційної депривації - це ситуації, коли людина стикається з недостатнім рівнем уваги, догляду, турботи або любові. Це може викликати відчуття емоційної відокремленості, відчуження та невміння налагоджувати близькі відносини [32].

За теорією Я. Є. Ляшина найрозповсюджений психотравмуючим фактором є саме шоківі психічні травми. Основними ключовими моментами є: травматична подія (аварія, стихійне лихо, насильство); психічний стан; індивідуальні особливості (темперамент, емоційна стійкість) [32].

Згідно з поглядом З. Фрейда, важливим аспектом результату та наслідків травми є не лише її сила, але й загальна підготовленість організму, що виявляється в його потенціальних можливостях. Варто відзначити, що травма

не завжди проявляється у реальному плані, а може виражатися у хворобливих переживаннях. Травма спричиняє розвиток хвороби й обумовлює різні симптоми, такі як фобії та страхи. За спостереженнями З. Фрейда, симптоми можуть зникати у випадку, коли вдається емоційно пережити та проговорити травматичну ситуацію [29].

З. Фрейд визначав наступні критерії теорії травми:

1. Роль у формуванні неврозів, психічні травми грають вирішальну роль у формуванні невротичних станів.
2. Кількісні показники, травматичний характер переживання залежить від кількісних параметрів.
3. Індивідуальність реакцій, кожна людина має різні можливості у переживанні травми, тому що для одних вона може мати серйозні наслідки, а для інших - ні.
4. Травми у ранньому дитинстві, більшість психічних травм характерні для раннього дитинства.
5. Типи травм: психічними травмами можуть бути відчуття власного організму або чуттєві сприйняття і враження.
6. Наслідки травми, наслідки травми можуть бути позитивними або негативними. Позитивні наслідки пов'язані з можливістю пережити травму ще раз і усвідомити її. Негативні наслідки залежать від захисних механізмів і можуть виявлятися у формі уникнення та фобій [29].

Визначення психотравми включає в себе розпізнавання ряду симптомів, оскільки психотравматичні події часто відбуваються раптово і несподівано, призводячи жертв до багаторазових перевантажень і наслідків. Ось деякі симптоми психотравми:

- наявність сильного удару, подія, яку людина сприймає як сильний удар або травматичний інцидент;
- нав'язливість спогадів, постійні спогади або уявне «перемотування» подій, що лежать в основі травми;

- залученість, людина не може розділити себе від ситуації, яка привела до психотравми, не може дистанціюватися від неї і переглянути спокійно з боку;
- душевний і фізичний дискомфорт, постійні відчуття душевного і фізичного дискомфорту, внутрішньої спустошеності, пригніченості, образи та розгубленості;
- апатія і безвиходість, небажання що-небудь робити, важкий стан приреченості і безвиході, від якого неможливо позбутися;
- схильність до саморуїнвання, схильність реалізовувати життєві сценарії, спрямовані на саморуїнвання [25].

За даними Р. Цицей та відповідно до керівництва з діагностики та статистики психічних розладів DSM-III, визначення наявності психологічної травми виокремлено:

1. Через травматичні події. Травма підтверджується, коли подія несподівано і явно проявляється за межами повсякденного досвіду людини.
2. Через емоційні показники. Травма стійко переживається знову одним з чотирьох способів.
3. Через наслідки, що можуть виявлятися лише через деякий час. Травма може викликати стійке уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, або заціпеніння загальної чутливості. Вона також може стимулювати стійкі симптоми підвищеного збудження, які не були присутні до травми [19].

Отже, визначення психологічної травми частіше базується на її наслідках, які можуть проявлятися через емоційні показники та поведінку особи після травматичної події.

Психічна травма, яка сталася у минулому, може лишити свій негативний слід на організмі. Може відчутися, немов чужорідне тіло, яке засело всередині і продовжує впливати як патологічний фактор на протязі тривалого часу. У таких випадках травма стає своєрідним збудником, який може викликати різні розлади, такі як психосоматичні порушення, депресивні стани тощо, навіть якщо зовнішні прояви можуть відрізнитися від самої травматичної події.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1

Аналіз наявної наукової психологічної літератури із проблеми вивчення психосоматичних розладів дозволяє сказати, що в основі психосоматичного захворювання лежить реакція на емоційне переживання, що супроводжується функціональними змінами і патологічними порушеннями у фізичних органах. У сучасному розумінні причин виникнення психосоматичних захворювань визнається багатофакторність в поясненні їх природи. Соматичне і психічне, вплив схильності і середовища, фактичний стан навколишнього середовища і його суб'єктивна переробка, фізіологічні, психічні та соціальні впливи в їх сукупності і взаємодоповненні – все це має значення як взаємодіючі між собою фактори психосоматичних захворювань.

Психосоматичні розлади – це складні явища, що виникають внаслідок комплексного впливу психологічних, біологічних та соціальних факторів. Важливе значення для розуміння психосоматичних розладів має дослідження психологічних механізмів, що лежать в їх основі. Травмуючі ситуації можуть бути одним з ключових факторів, що сприяють виникненню психосоматичних розладів.

Ціна, яку людина сплачує за те, що не може витримати своїх негативних емоцій, внутрішніх конфліктів, полягає в тому, що емоція витісняється зі свідомої сфери і заміщується органічним симптомом, що проявляється порушенням функції якогось органу.

Будь-яке психосоматичне захворювання є властивістю людського організму як системи. Воно не походить окремо ні з психічних, ні з фізіологічних (включаючи спадковість) якостей індивіда, їх неможливо пояснити шляхом дослідження властивостей якоїсь однієї підсистеми – психічної чи соматичної. Лише взаємодія цих підсистем та навколишнього середовища можуть призвести до нового стану організму, який визначається як психосоматичне захворювання.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ НА РОЗВИТОК ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Вплив травмуючих ситуацій на розвиток психосоматичних розладів особистості

Зазвичай травмуючу ситуацію пов'язують з впливом таких подій, як війна, фізичне, емоційне, чи економічне насильство, нещасні випадки або природні катастрофи. Однак існує багато «звичайних» подій, навіть цілком сприятливих, які можуть стати не менш травмуючими для конкретної особистості. Наприклад, незначна дорожньо-транспортна пригода часто призводить до появи фізичних, емоційних і психологічних симптомів, що підривають здоров'я. Стандартні медичні процедури й хірургічні операції можуть переживатися людиною як надзвичайно травматичні, хоча насправді вони не є такими [34, с.23]. Отже травмуючі ситуації можуть впливати на психологічне сприйняття самої ситуації, відобразитись на особистості в виразі певних емоцій і пригнічення цих емоцій може переходити в сам психосоматичний розлад.

Теоритична та концептуальна основа виникнення психосоматичних розладів була розглянута багатьма відомими науковцями.

Зигмунд Фройд досліджував психосоматичні захворювання, що сформувало його теорії про «несвідоме» і «витіснення». Якщо узагальнити зміст психосоматичної хвороби за З. Фрейдом, то:

- 1) по - перше, з її появою полегшується несвідомий конфлікт;
- 2) по-друге, хвороба дає можливість отримувати різні переваги від ролі хворого;
- 3) по-третє, людині стає зрозумілою послідовність подальших дій. Вона лікується, а її внутрішній конфлікт відходить на задній план. Прийом

ліків і лікування дає відчуття набуття контролю над власним життям, який було втрачено в результаті психотравмуючої ситуації [33, с.19].

Ф. Данбар припустила, що кожне соматичне захворювання, що розвинулося внаслідок нерозв'язаного психологічного конфлікту, пов'язане з цілком певним набором характерологічних рис і патернів міжособистісної взаємодії. Данбар були виділені коронарний, гіпертонічний, алергічний і схильний до пошкоджень типи особистості [33, с.19].

У соціальному психоаналізі Франкфуртської школи концепція Ф. Данбар була модифікована в теорію «хворого суспільства» (Е.Фромм, Дж. Холлідей). Дж. Холлідей виділяє два види причин психосоматичного розладу: структура особистості та її соціальне оточення. Він вважає, що психосоматичні розлади в підлітковому і дорослому віці відбуваються від фрустрації дитини на самих ранніх стадіях життєвого циклу і неадаптованого психологічного захисту, що виникає у відповідь на цю фрустрацію. Пусковим фактором хвороби Дж. Холлідей вважає «злам» якого-небудь одного або декількох базових патернів соціальної взаємодії: сімейного, ігрового, гендерного, релігійного, економічного, професійного, політичного [33, с.20].

Гіпотеза про психосоматичну специфічність, висунута Ф. Александером, спиралася на три базових положення.

1. Психологічний конфлікт поєднується з фізіологічними і біохімічними факторами, що призводять до захворювання.

2. Несвідомий конфлікт активізується під впливом особливо значущих життєвих подій.

3. Супроводжуючі внутрішньоособистісний конфлікт негативні емоції виражаються на фізіологічному рівні, що і призводить до розвитку хвороби. Дослідження, що проводилися послідовниками Ф. Александера, виявили психосоматичні відносини в патології органів дихання, серцево-судинної та ендокринної систем, шкіри та кістково-суглобової системи [33, с.20].

Реакції людей на потенційну загрозу широко варіюють, тому джерела травми, як правило, важко класифікувати. Г. Сельє вважав, що джерелом стресового переживання є будь-яка вимога, яка пред'являється людині.

Д. Калшед констатував, що психічна травма виникає не тільки внаслідок зовнішніх травматичних подій, а й з причини внутрішньої роботи самої психіки.

Процес реакції психіки на зовнішню травматичну подію може бути описаний за наступною схемою: спочатку психіка перетворює зовнішню травму на внутрішню «самотравмуючу силу», а потім відбувається малігнізація – «злякисне переродження» психологічних захистів, які втрачають свою функцію самозбереження і стають системою самознищення. Психологічні захисти регресують до примітивного «архаїчного» рівня, проявляючи такі реакції як відхід від реальності, розщеплення, аутизм, трансіві стани, виникнення множинних ідентичностей, стереотипні реакції та втрата сенсу існування. У такому стані звернення до раціональної частини психіки стає складним. Друга лінія захисту, а саме примітивні «архаїчні» захисти, спрямована на реакцію на травму та запобігання руйнуванню особистості [33, с.22].

Головний висновок, якого дійшов Д. Калшед, полягає в тому, що травмована психіка продовжує травмувати саму себе через синдром нав'язливого повторення. Так, травмовані люди починають постійно виявляти себе в життєвих ситуаціях, в яких вони піддаються повторній травматизації. З. Фройд так само писав про «невроз долі», який полягає в тому, що люди у своєму житті схильні постійно «наступати на одні й ті самі граблі», повторюючи, таким чином, свій травматичний досвід. Травмуючі ситуації можуть бути класифіковані за різними критеріями [33, с.54].

Д. Калшед пише про те, що існують психічні травми не сумісні з життям особистості за аналогією несумісних із життям тіла фізичних травм. У цьому випадку тієї особистості, яка була до травми, після неї вже не існує. Але, на відміну від фізичної травми, не сумісної з життям, ця втрата не безповоротна.

У зв'язку з цим терапія психічних травм повинна починатися із встановлення довіри, яка виникає через розуміння та співчуття психолога, і тільки після цього переходити до поступового відновлення нормальних, зрілих захистів з наступним переходом до відновлення втраченого сенсу існування.

Існують особистісні та психосоціальні чинники, які провокують розвиток психосоматичних розладів:

- неспецифічна спадковість та вроджена обтяженість соматичними порушеннями та дефектами (хромосомні мутації);

- спадкова схильність до психосоматичних розладів існує при: артеріальній гіпертензії (22-62%), бронхіальній астмі (65-85%), нейродерміті (66%), виразковій хворобі, ревматоїдному артриті, тиретоксикозі;

- порушення у центральній нервовій системі, що ведуть до нейродинамічних зрушень;

- особистісні особливості (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);

- психічний та фізичний стан під час психотравмуючих подій. Виникнення в момент переживання життєвих труднощів почуття безвиході, зневіри у власних силах, відчуження, відсутності активності та підприємливості веде до захворювання, тоді як енергетична позиція у ставленні до того, що відбувається, здатність брати на себе відповідальність, упевненість у можливості керувати подіями відмічається у тих, хто залишається здоровим;

- фон несприятливих сімейних та інших соціальних факторів. Якщо число подій, що ведуть до серйозних змін у житті індивіда, зростає більше, ніж удвічі, порівняно з середньою кількістю, то вірогідність захворювання складає 80 %. Всі зміни сімейних стосунків, які заважають розвитку індивідуальності

дитини, не дозволяючи їй відкрито виявляти свої емоції, роблять її вразливою по відношенню до емоційних стресів. У той же час, наявність міцної соціальної підтримки сприятливо відображається на опірності до захворювань. Порушені внутрішньосімейні контакти у ранньому віці, особливо між матір'ю та дитиною, у подальшому збільшують ризик розвитку психосоматичних захворювань;

– особливості психотравмуючих подій. Перелічені фактори не лише беруть участь у генезі психосоматичних розладів, але кожний окремо або в різних комбінаціях роблять людину вразливою до емоційних стресів, ускладнюють психологічний та біологічний захист, полегшують виникнення й ускладнюють протікання соматичних розладів [33, с. 21].

За характером події травмуючі ситуації можуть бути:

- насильницькими, такими як сексуальне насильство, домашнє насильство, воєнні дії, терористичні акти;
- стихійними, такими як землетруси, повені, пожежі;
- другорядними, такими як смерть близької людини, хвороба, втрата роботи.

За тривалістю події травмуючі ситуації можуть бути:

- одноразовими, такими як аварія, пожежа, смерть близької людини;
- тривалими, такими як воєнні дії, домашнє насильство, хвороба.

За ступенем контролю травмуючі ситуації можуть бути:

- підконтрольними, такими як аварія, пожежа;
- непідконтрольними, такими як воєнні дії, сексуальне насильство.

За ступенем загрози життю травмуючі ситуації можуть бути:

- з високою загрозою життю, такими як воєнні дії, терористичні акти;
- з низькою загрозою життю, такими як смерть близької людини, хвороба.

За ступенем особистої участі травмуючі ситуації можуть бути:

- безпосередніми, в яких людина безпосередньо бере участь, наприклад, потерпіла в аварії;
- непрямими, в яких людина не бере безпосередньої участі, наприклад, свідок аварії.

За індивідуальними особливостями людини травмуючі ситуації можуть мати різний вплив на різних людей. На це впливають такі фактори, як:

- ставлення людини до події. Якщо людина вважає подію травматичною, то вона, швидше за все, матиме більш негативні наслідки;
- життєвий досвід людини. Люди, які раніше пережили травмуючі ситуації, більш схильні до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) після нової травми;
- соціальна підтримка. Люди, які мають сильну соціальну підтримку, більш схильні до успішного подолання наслідків травми [21, с.60].

Травматичні ситуації можуть мати як короткочасні, так і довгострокові наслідки для людини.

Короткочасні наслідки можуть включати: сильний стрес, тривогу, страх, відсторонення від навколишнього світу, проблеми зі сном, їжею, пам'яттю.

Довгострокові наслідки можуть включати: посттравматичний стресовий розлад, тривожні розлади, такі як панічні атаки, фобії, депресія, суїцидальні думки та поведінка, також провокувати виникнення психосоматичних розладів.

Таким чином, травмуючі події можуть мати значний вплив на людину, як на фізичному, так і на психологічному рівні. Їхні наслідки можуть бути як короткочасними, так і довгостроковими. Важливо розуміти, що не існує універсального рецепту подолання травми. Кожен переживає її по-різному, і те, що допомагає одній людині, може не спрацювати для іншої.

2.2. Дослідження впливу травмуючих ситуацій на розвиток психосоматичних розладів особистості

Для проведення експериментально-психологічного дослідження було використано наступні методики діагностики:

1. Опитувальник визначення нервово-психічної напруги (Т. А. Немчин) [42, с.73].

Опитувальник являє собою перелік ознак нервово-психічного напруження, складений за даними клінічного спостереження, і включає 30 основних характеристик цього стану, розділені на три ступеня вираженості. Застосовується у психологічних дослідженнях з метою виявлення “фону”, на якому протікає діяльність.

Респондентові надається інструкція: «Заповніть, будь ласка, праву частину бланка, позначаючи знаком + ті рядки, зміст яких відповідає особливостям вашого стану в даний час».

Після заповнення випробуванню правої частини опитувальника провадиться підрахунок набраних балів. При цьому за знак "+", поставлений проти підпункту А, нараховується 1 бал; поставлений проти підпункту Б, нараховується 2 бала; поставлений проти підпункту, нараховується 3 бала. Максимальна кількість балів, яка може набрати випробуваний, дорівнює 90, мінімальна кількість дорівнює 30 балам, коли випробуваний заперечує наявність у себе будь-яких проявів нервово-психічної напруги (див. Додаток А).

2. Шкала деференціальних емоцій (К. Ізард) [42, с.56].

Дана методика розроблена відомим американським психологом К. Ізардом у вигляді докладання до його теоретичної концепції, в якій розвиваються положення про існування 10 базових емоцій, що становлять основу всього емоційного життя людини. До них відносяться емоції інтересу, радості, здивування, горя, гніву, зневаги, огиди, страху, сорому та провини.

Ця методика включає 30 шкал, представлених прикметниками, що відповідають різним відтінкам емоційних переживань.

Для оцінки кожної з 10 базових емоцій використовуються три окремі шкали, розташовані в наступному порядку:

1. Інтерес (п. 1-3); 2. Радість (п. 4-6); 3. Здивування (п. 7-9); 4. Горе (п. 10-12); 5. Гнів (п. 13-15); 6. Огида (п. 16-18); 7. Зневага (п. 19-21); 8. Страх (п. 22-24); 9. Сором (п. 25-27); 10. Вина (п. 28-30).

У даній методиці все шкали прямі, тобто зростання оцінок із них відповідає збільшенню сили емоційного переживання.

Респондентові надається інструкція: «Перед Вами список прикметників, що характеризують різні відтінки різних емоційних переживань людини. Праворуч від кожного прикметника розташований ряд цифр - від 1 до 5, що відповідає за наростання різного ступеня виразності даного переживання. Ми просимо Вас оцінити, наскільки кожне з перелічених переживань притаманне Вам в даний момент часу, закресливши відповідну цифру. Не замислюйтесь довго над вибором відповіді: найточнішим зазвичай виявляється ваше перше відчуття!»

Обробка даних за «Шкалою диференціальних емоцій» включає два етапи. На першому підраховуються оцінки щодо кожної з 10 базових емоцій. Це здійснюється шляхом підсумовування балів за трьома шкалами, що описують прояви відповідних емоцій. В результаті виходить 10 показників значення кожного з яких може варіювати в діапазоні від 3 до 15 балів. Прийнятою формою представлення цих показників є побудова «профілю емоцій» у просторі координат: по осі абсцис наносяться найменування чи номери базових емоцій, по осі ординат – отримані бальні оцінки з кожної.

На другому етапі підраховуються узагальнені показники щодо укрупнених груп емоцій.

Індекс позитивних емоцій (ПЕМ) – характеризує рівень позитивного емоційного ставлення суб'єкта до готівкової ситуації. Підраховується як сума балів за трьома першими блоками базових емоцій:

$ПЕМ = \sum 1,2,3$ (цікавість + радість + подив).

Значення ПЕМ можуть коливатися від 9 до 45 балів.

Індекс гострих негативних емоцій (НЕМ) – відбиває загальний рівень негативного емоційного ставлення суб'єкта до готівкової ситуації.

Підраховується як сума балів за чотирма наступними блоками базових емоцій:

$НЕМ = \sum 4,5,6,7$ (горе + гнів + огида + зневага).

Значення НЕМ можуть коливатися від 12 до 60 балів.

Індекс тривожно-депресивних емоцій (ТДЕМ) – відображає рівень щодо стійких індивідуальних переживань тривожно-депресивного комплексу емоцій, що опосередковують суб'єктивне ставлення до готівкової ситуації.

Підраховується як сума балів за трьома останніми блоками базових емоцій:

$ТДЕМ = \sum 8, 9, 10$ (страх + сором + вина).

Бали ТДЕМ можуть коливатися в діапазоні від 9 до 45 (див. Додаток Б).

3. Методика «Перелік життєвих подій» [42, с. 29].

Самозвіт, спрямований на визначення потенційно травматичних подій у житті респондента, використовується для оцінки загальної кількості таких подій, а також для детальнішого визначення проблем респондента. Анкета містить 16 категорій потенційно психотравматичних подій, а також пункт, де респондент може самостійно описати найбільш значущу психотравматичну подію у своєму житті.

До потенційно психотравматичних подій відносяться: природні катастрофи, пожежа/вибух, нещасний випадок на роботі або вдома, отруєння токсичними речовинами, збройний напад, зґвалтування/примус до сексу, бойовий досвід, позбавлення волі, хвороба, травма, сильний біль, раптова насильницька або випадкова смерть близької людини, матеріальна та фізична шкода, заподіяна іншими людьми.

Кожен пункт анкети респондент оцінює, вибираючи один із варіантів відповідей: подія трапилася з ним самим, він був свідком події, це сталося з його родичем або другом, це частина його роботи, складно дати відповідь, або це не стосується його особисто. Події підраховуються окремо за категоріями:

ті, що сталися з респондентом, ті, свідком яких він був, і ті, що трапилися з його близькими та друзями (див. Додаток В).

4. Опитувальник посттравматичних когніцій [42, с. 61].

Опитувальник, створений Е.В. Фоа, А. Ehlers, D.M. Clark, Tolin та S.M. Orsillo у 1999 році, призначений для оцінки трьох видів посттравматичних когніцій: 1) негативних думок про себе; 2) негативних думок про оточуючий світ; 3) самоїдства (самозвинувачення). Теоретичним підґрунтям цього опитувальника є визначальна роль негативних і дисфункціональних когніцій в етіології та перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Зокрема, Е.В. Фоа з колегами (1998 р.) визначили, що думки про небезпечність світу та власну некомпетентність сприяють розвитку ПТСР у жінок, які стали жертвами сексуального насильства. А. Ehlers та D.M. Clark (2000 р.) довели, що негативне ставлення людини до травматичної події зумовлює виникнення у неї симптомів ПТСР. Наразі цей метод успішно застосовується у діагностиці жертв насильства, а також у комплексному вивченні симптомів емоційного вигорання (зокрема у лікарів швидкої допомоги, реаніматологів, пожежних тощо). Крім дорослого варіанту опитувальника, існує й його дитяча версія.

Опитувальник складається з 33 питань, на які респондент відповідає, висловлюючи свою згоду або незгоду з кожним твердженням за шкалою від 1 до 7: 1 – абсолютно не згоден, 2 – переважно не згоден, 3 – частково не згоден, 4 – нейтральне ставлення, 5 – більше згоден, 6 – переважно згоден, 7 – абсолютно згоден. Твердження розподілені на три шкали:

1. Негативні думки щодо себе (21 питання)
2. Негативні думки щодо світу (7 питань)
3. Самоїдство (5 питань)

Шкала 1: Негативні думки стосовно себе (твердження: 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 33)

Шкала 2: Негативні думки стосовно світу (твердження 7, 8, 10, 11, 18, 23 і 27)

Шкала 3: Самоїдство (твердження: 1, 15, 19, 22 і 31)

Негативні думки стосовно себе (загальний бал / 21) = Негативні думки стосовно світу (загальний бал / 7) = Самоїдство (загальний бал / 5) =

Бали за кожною шкалою діляться на кількість відповідних питань. За нормативними даними визначалися наявність травми та ознаки ПТСР:

Травма відсутні: шкала 1 – до 7 балів, шкала 2 – до 3 балів, шкала 3 – 1 бал, загальний бал – 11. Травма без ПТСР: шкала 1 – від 8 до 14 балів, шкала 2 – від 4 до 5 балів; шкала 3 – від 2 до 3 балів, загальний бал – 22. Травма з ПТСР: шкала 1 – від 15 до 21 бала; шкала 2 – від 6 до 7 балів; шкала 3 – від 4 до 5 балів, загальний бал – 33 (див. Додаток Г).

2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту

Експериментальне дослідження проходило на базі кафедри психології та соціології Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Загальна кількість респондентів становила 30 осіб, віком від 20 до 44 років, 13 чоловіків і 17 жінок (див. Додаток Д).

1. Результати дослідження за методикою «Опитувальник визначення нервово-психічної напруги».

Результати, отримані після інтерпретації даних методики діагностики було систематизовано та відображено у зведених таблицях (див. табл. 2.1 - 2.2).

Таблиця 2.1

**Результати дослідження за методикою визначення рівня нервово-
психічної напруги**

№ респондента	Кількість балів	Рівень нервово-психічної напруги
1	35	Слабкий
2	41	Слабкий
3	71	Надмірний
4	78	Надмірний
5	55	Помірний
6	33	Слабкий
7	65	Помірний
8	44	Слабкий
9	42	Слабкий
10	63	Помірний
11	67	Помірний
12	90	Надмірний
13	74	Надмірний
14	82	Надмірний
15	57	Помірний
16	34	Слабкий
17	41	Слабкий
18	63	Помірний
19	70	Помірний
20	39	Слабкий
21	45	Слабкий
22	66	Помірний
23	72	Надмірний
24	67	Помірний

Продовж. табл. 2.1

25	33	Слабкий
26	38	Слабкий
27	55	Помірний
28	73	Надмірний
29	58	Помірний
30	33	Слабкий

Таблиця 2.2

Зведена таблиця результатів дослідження за методикою «Опитувальник визначення нервово-психічної напруги», %

Рівень психічної напруги	Кількість респондентів у %
Слабкий	40%
Помірний	36%
Надмірний	24%

Наочно результати дослідження представлені у вигляді діаграми (див. рис. 2.1).



Рис. 2.1. Діаграма розподілу результатів дослідження за методикою «Опитувальник визначення нервово-психічної напруги»

У дослідженні було проаналізовано рівень психічної напруги серед студентів, і отримані результати розподілилися наступним чином: у 40% респондентів було виявлено слабкий рівень психічної напруги. Це свідчить про те, що майже половина опитаних мають низький рівень стресу, що, ймовірно, сприяє їхній здатності ефективно справлятися з повсякденними стресовими ситуаціями та завданнями. У 36% респондентів було виявлено помірний рівень психічної напруги. Ця група може стикатися з деякими труднощами в управлінні стресом, особливо в умовах підвищених вимог або тиску. Їхні стресові реакції можуть бути більш вираженими порівняно з групою зі слабким рівнем напруги. 24% респондентів мають надмірний рівень психічної напруги. Ці респонденти є найбільш вразливою групою, оскільки високий рівень напруги може призводити до значних проблем із психічним та фізичним здоров'ям. Їм важко ефективно справлятися зі стресом, що може негативно впливати на їхнє навчання та загальну продуктивність.

Результати дослідження за методикою «Шкала деференціальних емоцій» (К. Ізард).

Результати, отримані після інтерпретації даних методики діагностики було систематизовано та відображено у зведеній таблиці (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Результати дослідження за методикою діагностики «Шкала деференціальних емоцій»

№	Емоції										Індекси			Рівень інтенсивності*		
	Інтерес	Радість	Здивування	Сум	Гнів	Огида	Зневага	Страх	Сором	Вина	Позитивні емоції	Негативні емоції	Тривожні емоції	Позитивні емоції	Негативні емоції	Тривожні емоції
1	11	12	4	4	2	4	3	3	5	3	27	13	11	П	С	С
2	11	10	4	4	3	3	3	3	5	4	25	13	12	П	С	П
3	9	12	4	3	2	4	3	4	4	4	25	12	12	П	С	П
4	11	12	3	4	2	3	6	3	5	3	26	15	11	П	П	С
5	10	9	4	3	3	4	3	3	4	3	23	13	10	П	С	С
6	13	12	4	3	2	3	4	5	5	3	29	12	13	В	С	П
7	11	9	3	3	2	3	4	3	5	3	23	12	11	П	С	С
8	11	11	4	4	3	4	4	3	4	3	26	15	10	П	П	С
9	10	10	3	3	2	3	3	3	5	4	23	11	12	П	С	П
10	11	12	4	4	2	3	4	4	6	4	27	13	14	П	С	П
11	10	9	4	3	3	4	3	3	5	3	23	13	11	П	С	С
12	10	12	3	4	2	3	5	3	6	5	25	14	14	П	П	П
13	11	12	4	3	2	3	3	5	5	4	27	11	14	П	С	П
14	11	12	4	4	3	4	4	3	5	3	27	15	11	П	П	С
15	9	12	4	3	3	3	4	3	5	4	25	13	12	П	С	П

Продовж. табл. 2.3

16	11	10	4	3	2	5	4	5	5	4	25	14	14	П	П	П
17	10	12	3	3	2	3	3	3	4	4	25	11	11	П	С	С
18	11	8	4	3	2	3	3	3	5	3	23	11	11	П	С	С
19	11	12	3	3	2	3	3	3	5	3	26	11	11	П	С	С
20	11	11	3	4	2	3	4	4	5	3	25	13	12	П	С	П
21	10	12	4	3	2	3	3	3	5	3	26	11	11	П	С	С
22	11	12	4	4	3	3	3	3	4	3	27	13	10	П	С	С
23	10	10	3	4	2	3	3	3	5	4	23	12	12	П	С	П
24	11	12	4	3	3	3	3	3	4	4	27	12	11	П	С	С
25	11	12	3	3	2	3	3	5	5	5	26	11	15	П	С	П
26	12	11	4	3	2	3	3	3	4	4	27	11	11	П	С	С
27	11	12	4	3	2	4	3	4	5	4	27	12	13	П	С	П
28	11	9	4	3	2	4	3	5	5	3	24	12	13	П	С	П
29	10	10	4	4	3	3	3	3	4	3	24	13	10	П	С	С
30	9	12	4	4	2	3	4	3	5	3	25	13	11	П	С	С

* С – слабкий; П – помірний; В – виражений

Для наочного відображення результати дослідження було переведено у відсоткові значення та представлено на рис. 2.2.

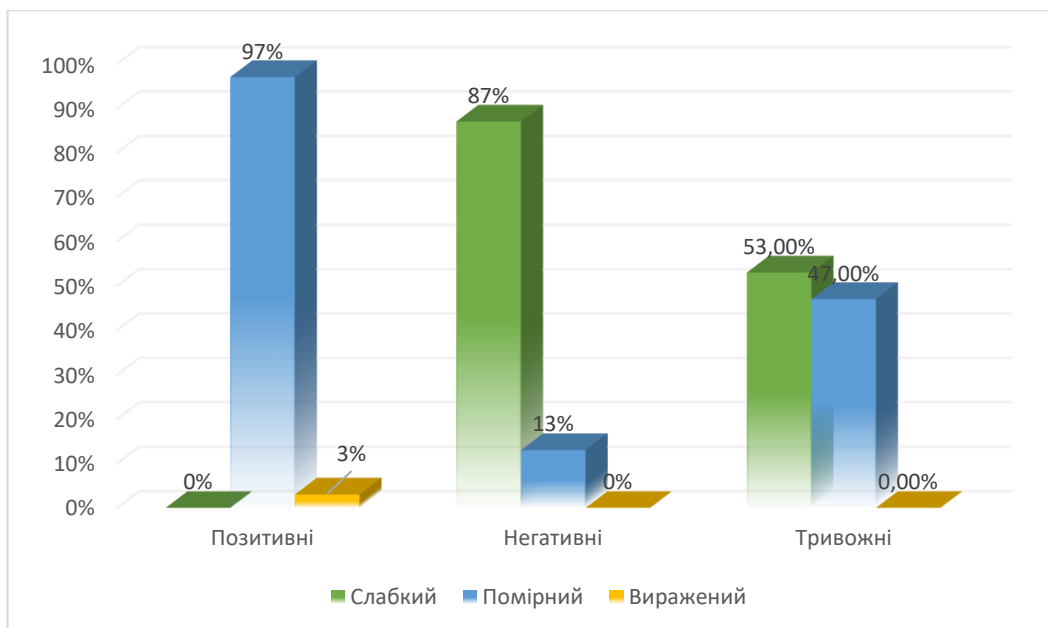


Рис. 2.2. Діаграма розподілу результатів дослідження за методикою діагностики «Шкала диференціальних емоцій» (К. Ізард)

За шкалою «позитивні емоції» (інтерес, радість, здивування) було отримано наступні результати: 3% респондентів мають виражений рівень інтенсивності прояву емоцій, що може свідчити про зацікавленість життям, відчуття радості від проведених буднів, здивування і мотивацію до певних дій або активностей. У 97% респондентів спостерігаються помірний рівень інтенсивності прояву емоцій, що може вказувати на те що ці респонденти не часто здатні відчувати радість, інтерес та зацікавлення у різних аспектах життя.

За шкалою «негативні емоції» (сум, гнів, огида, зневага): деякі респонденти (13%) мають помірний рівень інтенсивності прояву емоцій, що може свідчити про те, що вони можуть відчувати негативні емоції у певних ситуаціях, але контролюють та вміють впливати на свій емоційний стан. У (87%) респондентів спостерігається слабкий рівень прояву емоцій, що може свідчити про більш позитивний підхід до життя, прийняття себе, оточення та життя в повній мірі.

За шкалою «тривожні емоції» (страх, сором, вина): (36%) респондентів відчувають помірний рівень інтенсивності прояву емоцій, що може свідчити про те, що вони можуть відчувати тривожні емоції у певних ситуаціях, але це не охоплює їх емоційний стан цілком. У (53%) респондентів спостерігається слабкий рівень інтенсивності прояву емоцій, що може свідчити про більш позитивний підхід до життя, відпускання вини, контролювання страху та сорому в своєму емоційному стані.

Результати дослідження за методикою діагностики «Перелік життєвих подій».

Результати, отримані після інтерпретації даних методики діагностики було систематизовано та відображено у зведених таблицях (див. табл. 2.4 – 2.5).

Таблиця 2.4

Результати дослідження за методикою діагностики «Перелік життєвих подій»

№	Події які сталися з респондентом	Події, свідком яких був респондент	Події, які сталися з близькими або друзями респондента
1	Природні катастрофи, Матеріальна та фізична шкода, Смерть близької людини	Хвороби, Насильство	Насильство
2	Хвороби, Насильство	Природні катастрофи	Природні катастрофи
3	Природні катастрофи, Насильство	Хвороби, Насильство	Насильство
4	Хвороби, Матеріальна та фізична шкода	Природні катастрофи	Природні катастрофи
5	Хвороби, Смерть близької людини	Хвороби, Смерть близької людини	-
6	Природні катастрофи, Смерть близької людини	Хвороби, Смерть близької людини	-

Продовж. табл. 2.4

7	Хвороби, Смерть близької людини	Природні катастрофи, Насильство	Смерть близької людини
8	Хвороби, Смерть близької людини	Природні катастрофи, Насильство	Матеріальна та фізична шкода
9	Хвороби, Смерть близької людини	Природні катастрофи, Насильство	-
10	Хвороби, Смерть близької людини	Хвороби, Смерть близької людини	Насильство
11	Природні катастрофи, Смерть близької людини	Насильство, Смерть близької людини	Природні катастрофи
12	Природні катастрофи, Матеріальна та фізична шкода	Матеріальна та фізична шкода	Смерть близької людини
13	Хвороби, Матеріальна та фізична шкода	Матеріальна та фізична шкода	Насильство
14	Природні катастрофи, Смерть близької людини	Матеріальна та фізична шкода	Матеріальна та фізична шкода
15	Хвороби, Матеріальна та фізична шкода	Смерть близької людини	Насильство
16	Хвороби, Насильство	Смерть близької людини	Матеріальна та фізична шкода
17	Хвороби, Смерть близької людини	Природні катастрофи	Хвороби
18	Хвороби, Матеріальна та фізична шкода	-	Смерть близької людини
19	Хвороби, Смерть близької людини	Природні катастрофи, Насильство	Хвороби
20	Хвороби, Матеріальна та фізична шкода	Смерть близької людини	Матеріальна та фізична шкода
21	Природні катастрофи, Смерть близької людини	Матеріальна та фізична шкода	Природні катастрофи

Продовж. табл. 2.4

22	Природні катастрофи, Смерть близької людини	Смерть близької людини	Природні катастрофи
23	Хвороби, Матеріальна та фізична шкода, Смерть близької людини	Матеріальна та фізична шкода	Хвороби
24	Природні катастрофи, Насильство	-	Хвороби, Насильство
25	Хвороби, Насильство, Смерть близької людини	Природні катастрофи	Смерть близької людини
26	Хвороби, Насильство	Матеріальна та фізична шкода	Смерть близької людини
27	Хвороби, Насильство		Смерть близької людини
28	Природні катастрофи, Насильство	Смерть близької людини	Хвороби
29	Природні катастрофи, Насильство	-	Хвороби
30	Природні катастрофи, Насильство	-	Хвороби

Таблиця 2.5

Зведена таблиця результатів дослідження

Категорія подій	Зазнали, кількість респондентів (%)	Були свідками кількість респондентів (%)	Подія стосувалася родичів або друзів кількість респондентів (%)
Природні катастрофи	12 (40%)	8 (27%)	5 (16%)
Хвороби	18 (60%)	5 (16%)	7 (23%)
Насильство	10 (33%)	7 (23%)	6 (20%)
Матеріальна та фізична шкода	8 (26%)	6 (20%)	4 (13%)
Смерть близької людини	15 (50%)	9 (30%)	6 (20%)

Для наочного відображення результати дослідження було переведено у відсоткові значення та представлено на рис. 2.3.

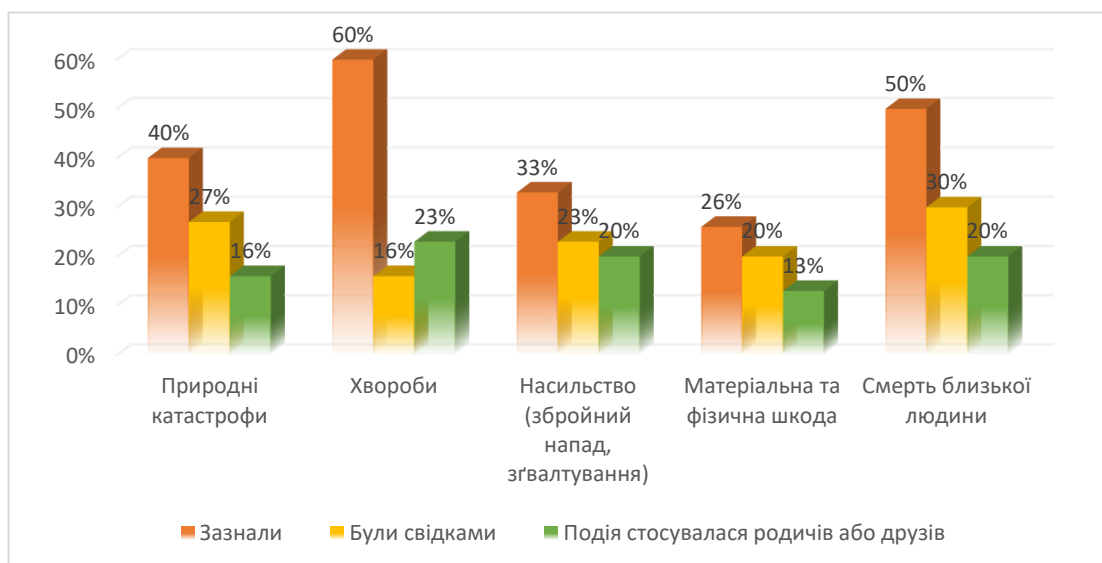


Рис. 2.3. Діаграма розподілу результатів дослідження за методикою діагностики «Перелік життєвих подій»

Результати дослідження за методикою «Перелік життєвих подій» свідчать про різноманітність потенційно травматичних подій, які відбулися у їхньому житті або в житті їхніх родичів чи друзів. Основні категорії подій, які були досліджені, включають природні катастрофи, хвороби, насильство (збройні напади, фізичне, психологічне та економічне), матеріальну та фізичну шкоду, а також смерть близьких людей.

За результатами дослідження: 25 респондентів обрали «природні катастрофи» із переліка потенційно травматичних подій в опитуванні, 12 зазнали цю подію особисто, 8 респондентів були свідками, у 5 респондентів ця подія торкнулася їх близьких родичів чи друзів.

Категорію «хвороби», як потенційно травматичну подію, обрали 30 респондентів: 18 респондентів зазнали вплив хвороби, яка особисто вплинула на всі сторони життя; 5 респондентів були свідками такої хвороби; і 7 респондентів зіткнулися з хворобою через своїх родичів чи друзів, більше

половини респондентів зазнали впливу хвороб у своєму житті, причому в деяких випадках це також торкнулося їхніх близьких чи друзів.

Із 23 респондентів, обравших «наси́льство» (фізичне, психологічне, економічне) в опитуванні, як потенційно травмуючу подію, 10 зіткнулися з ним особисто, 7 були свідками, 6 ознайомились з цією подією через близьких родичів чи друзів.

18 респондентів зазначили категорію «матеріальна та фізична шкода» як значиму: 8 респондентів торкнулася ця подія особисто, 6 респондентів були свідками такої події, 4 -ох торкнулася подія через близьке оточення.

Всі респонденти обрали «смерть близької людини», як травмуючу категорію, яка дуже вплинула на їх життя: 15 респондентів зазнали особисто цю подію, 9 були свідками, 6 респондентів торкнулась ця подія через близьке оточення.

Результати дослідження за опитувальником посттравматичних когніцій.

Результати, отримані після інтерпретації даних методики діагностики було систематизовано та відображено у зведених таблицях (див. табл. 2.6 – 2.7).

Таблиця 2.6

Результати дослідження за опитувальником посттравматичних когніцій

№	Категорія посттравматичних когніцій			Наявність травми		
	Шкала I Негативні думки про себе	Шкала II Негативні думки про світ	Шкала III Самоїдство	Травма відсутня	Травма, але не ПТСР	Травма з ПТСР
1	2,8	3,8	2,8	Шкала I	Шкала II Шкала III	-
2	2,6	3,5	2,2	Шкала I	Шкала II Шкала III	-

Продовж. табл. 2.6

3	2,1	3,5	1,8	Шкала I Шкала II	Шкала II Шкала III	-
4	2,2	2,2	2,4	Шкала I Шкала II	Шкала III	-
5	2,1	3	2	Шкала I Шкала II	Шкала III	-
6	1,9	3	2,2	Шкала I Шкала II	Шкала II Шкала III	-
7	1,9	3,2	3	Шкала I	Шкала II Шкала III	-
8	2,04	3	1,8	Шкала I Шкала II	Шкала II Шкала III	-
9	2,1	2,1	1,8	Шкала I Шкала II	Шкала III	-
10	1,9	3,1	2	Шкала I	Шкала II Шкала III	-
11	2,04	3,5	2,4	Шкала I	Шкала II Шкала III	-
12	2	2,7	1,6	Шкала I Шкала II	Шкала III	-
13	1,9	3,5	2,2	Шкала I	Шкала II Шкала III	-
14	2,0	2,8	2,6	Шкала I Шкала II	Шкала III	-
15	2	2,1	1,8	Шкала I Шкала II	Шкала III	-
16	2,19	2,5	1,4	Шкала I Шкала II	Шкала III	-
17	2,19	3,7	2	Шкала I	Шкала II Шкала III	-
18	2,14	2,7	2	Шкала I Шкала II	Шкала III	-
19	2,09	2,4	2,2	Шкала I Шкала II	Шкала III	-
20	1,9	3	2	Шкала I Шкала II	Шкала III	-
21	1,9	2,8	1,6	Шкала I Шкала II	Шкала III	-
22	1,8	2,7	2,2	Шкала I Шкала II	Шкала III	-

Продовж. табл. 2.6

23	2,04	2	1,8	Шкала I Шкала II	Шкала III	-
24	2,1	3,5	1,6	Шкала I	Шкала II Шкала III	-
25	2,1	2,8	2	Шкала I Шкала II	Шкала III	-
26	2,09	2,7	2	Шкала I Шкала II	Шкала III	-
27	2,1	3	1	Шкала I Шкала II Шкала III	-	-
28	1,7	3,5	2,2	Шкала I	Шкала II Шкала III	-
29	1,6	2,8	2,4	Шкала I Шкала II	Шкала III	-
30	2,09	2,4	2,8	Шкала I Шкала II	Шкала III	-

Таблиця 2.7

**Зведена таблиця результатів дослідження за опитувальником
посттравматичних когніцій**

Шкала I «Негативні думки про себе»			Шкала II «Негативні думки про світ»			Шкала III «Самоїдство»		
Травма відстуня	Травма, але не ПТСР	Травма з ПТСР	Травма відстуня	Травма, але не ПТСР	Травма з ПТСР	Травма відстуня	Травма, але не ПТСР	Травма з ПТСР
100%	0%	0%	57%	43%	0%	3%	97%	0%

Для наочного відображення результати дослідження було переведено у відсоткові значення та представлено на рис. 2.4.

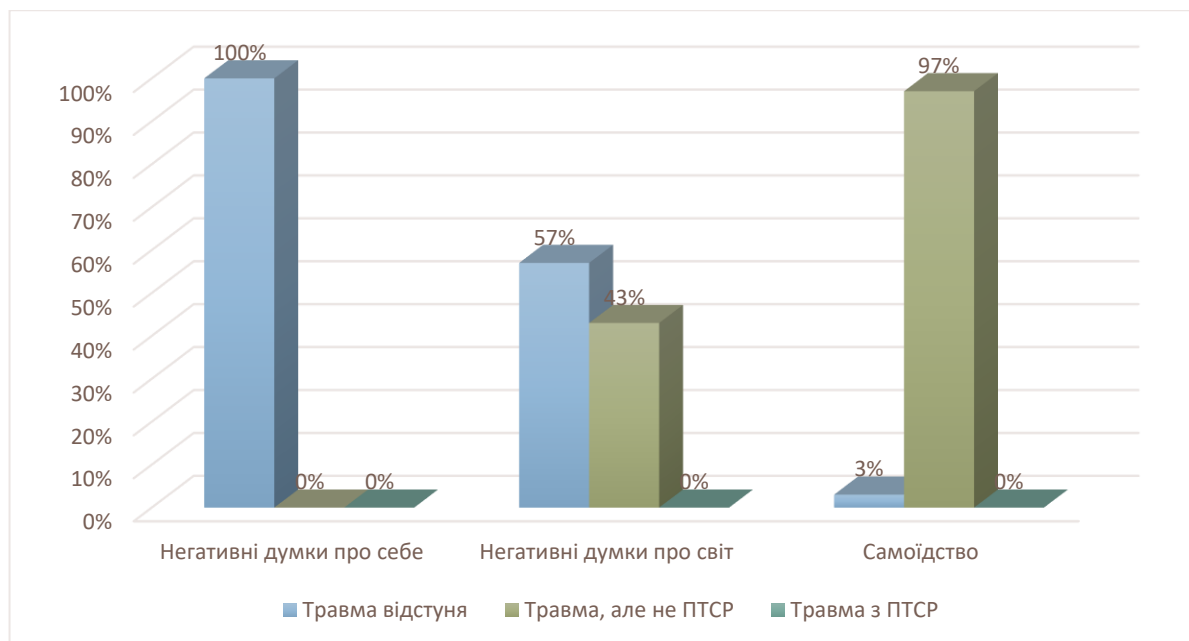


Рис. 2.4. Діаграма розподілу результатів дослідження за опитувальником посттравматичних когніцій

За шкалою «негативних думок про себе», було встановлено, що у всіх респондентів не спостерігається травми, що свідчить про те, що ці респонденти дуже рідко можуть думати якісь негативні думки про себе і це не поглинає їх цілком, і не створює негативні стратегії в житті.

За шкалою «негативних думок про світ» у - 57% респондентів травма відсутня, що свідчить про прийняття недосконалості світу та його проявів, а у - 43% респондентів спостерігається є травма, але не ПТСР, що вказує на те, що ці респонденти можуть застрягати в негативних думках про те, що світ недосконалий, що вони особливі, що їм часто нещастить.

За шкалою «самоїдства» - у 97% респондентів присутня травма, але не ПТСР, що характеризує їх, як особистостей, які схильні до самокритики, обвинувачення себе, ці негативні когніції можуть суттєво впливати на якість життя респондентів. У 3% респондентів травма відсутня, що може свідчити про цілковите прийняття себе та своїх недоліків.

У жодного досліджуваного не виявлено ознак посттравматичного стресового розладу за всіма шкалами, що свідчить про високі можливості психіки адаптуватися до кризових умов без патологічних змін в психічному здоров'ї.

Отже, у вибірці переважають респонденти із слабким рівнем психічної напруги, що означає низьку ймовірність нервово-психічних зривів, адекватну самооцінку та оцінку навколишньої дійсності. Майже стільки ж респондентів мають помірний рівень психічної напруги, що робить їх вразливими до порушень психічної діяльності при значних психічних та фізичних навантаженнях, що може призвести до серйозного погіршення здоров'я та зниження продуктивності професійної діяльності. Респондентів з надмірним рівнем психічної напруги найменша кількість, вони мають схильність до порушень психічної діяльності та неадекватної поведінки в екстремальних ситуаціях.

Значна кількість учасників мають негативні уявлення про світ, виражені у формі когнітивних когніцій, а також велика доля самокритики у вигляді самоїдства. Ці негативні установки можуть суттєво вплинути на особистість респондентів, оскільки свідчать про наявність психологічної травми. Можливо, такі результати пов'язані зі зростаючими негативними тенденціями у світі на сьогоднішній день, такими як світова пандемія, економічні труднощі, війна. Важливо зазначити, що у всіх респондентів відсутні ознаки травми з ПТСР, що може показати сильні захисні можливості нашої психіки витримувати різні навантаження і залишатися при цьому в здоровому психологічному стані людини.

Більшість респондентів із переліка життєвих подій обрали хворобу та смерть близької людини, як потенційно травмуючу подію, яка істотно вплинула на все їх життя, завдав великого емоційного напруження. Це свідчить про те, що ці події в житті людей трапляються дуже часто. Меншість респондентів обрали природні катастрофи, насильство і матеріальну та

фізичну шкоду, як травмуючу, що може свідчити про те, що дані події трапляються в житті людей в менших кількостях.

Помірний рівень інтенсивності прояву позитивних емоцій (інтерес, радість, здивування) відчувають більшість респондентів, що показує те, що вони не здатні часто відчувати всі прояви радості, задоволення від життя. Невелика кількість респондентів має виражений рівень інтенсивності прояву позитивних емоцій, що свідчить про їх задоволенням від життя, та вмінню радіти.

У більшості респондентів спостерігається слабкий рівень прояву негативних емоцій (сум, гнів, огида, зневага), що характеризує їх, як людей, які мають позитивний підхід до життя. Менша кількість респондентів мають помірний рівень інтенсивності прояві негативних емоцій, що каже нам про те, що вони відчувають ці емоції часто, але вміють контролювати негативні емоції та впливати на свій психічний стан.

У більшості респондентів спостерігається слабкий рівень інтенсивності прояву тривожних емоцій (страх, сором, вина), що може охарактеризувати їх, як людей, які вміють відпускати вину, контролювати свій страх та відчуття сорому. Менша кількість респондентів відчувають помірний рівень інтенсивності прояву цих емоцій, що може свідчити, що вони відчувають тривожні емоції часто, але не застрягають у них.

Результати всього емпіричного дослідження стали важливими для розробки програми соціально-психологічного тренінгу щодо розвитку резильєнтності при переживанні травмуючих ситуацій.

2.4. Практичні рекомендації спрямовані на розвиток резильєнтності та навичок самопомоги

Форма роботи – групова.

Кількість учасників – 30 осіб.

Час проведення 1 заняття – 60 хв.

Мета: Надати учасникам знання та навички для розвитку резильєнтності в умовах невизначеності, травмуючих ситуаціях.

Заняття 1. «Знайомство»

Мета: розвивати комунікативні навички (вміння презентувати себе, встановлювати комфортні міжособистісні зв'язки), асертивність (вміння у доброзичливій формі відстояти себе, виразити свої почуття та думки, не ображаючи і не порушуючи гідності інших людей).

1. «Привітання» [13].

Для початку нашої зустрічі пропоную вам приєднатися до мене рухами. Я задам питання, ви відповідаєте рухами. Вітаю, шановні колеги і друзі! Сьогодні я буду вашим провідником. Хто прийшов сюди з гарним настроєм, будь ласка, підніміть руку вгору. Хто чує мене, нехай кивне головою. Хто бачить мене, прошу поморгати. А зараз давайте трошки підведемося. Хто кохає дітей, трошки підніміться. Хто найвеселіший у нашій компанії, нехай усміхнеться. Хто завжди ввічливий, трохи поклоніться своєму сусідові. Хто любить свою роботу, дайте знати, хто хоче почитати. Тепер трошки похитайте головою зліва направо, ще раз, і ще раз. Хто готовий працювати у колективі та дружити, давайте разом відзначимо це сплеском в долоні. Я дуже радий вас бачити!

2. Техніка «Вітаю! Це Я!» [31].

Завдання: привітатись з присутніми, назвати себе і коротко описати свої стани (емоції, почуття, дії) у ситуації кризового сьогоднішнього дня. Першим цей крок робить тренер, за ним учасники тренінгу.

Відбувається знайомство учасників групи, створюється атмосфера підтримки, довіри, відкритості, емпатії.

3. Техніка «Моя рослина» [31].

Намалюйте будь-яку рослину, яка прийшла вам зараз на думку. Дайте відповіді на питання:

- чи достатньо вона тримається за землю;

- наскільки стійка (гнучка) її стеблина;
- чи вистачає їй листя для гарного життя;
- чи є в неї квіти, плоди;
- яка навколо пора року;
- чи є поруч інші рослини або тварини;
- чого не вистачає для хорошого життя? Домалуйте.

Обговорення результатів: розкажіть про рослину так, ніби вона – це ви. Які емоції у вас зараз виникають? Можливо, щось хочете змінити в рослині, прибрати, додати? Зробіть це.

Заключна частина: рефлексія.

Що сподобалося?

Що не сподобалося?

Що корисного для себе дізналися?

Заняття 2. Психосоматичні розлади в житті людини

Мета: Ознайомитися з темою «Розвиток психосоматичних розладів» для підвищення знань щодо виникнення та профілактики психосоматичних розладів.

1. Міні лекція на тему «Що таке психосоматичні розлади?»

Психосоматичні розлади – це група захворювань, при яких психологічні фактори відіграють значну роль у розвитку та перебігу фізичних симптомів.

Існує багато різних типів психосоматичних розладів, але деякі з найпоширеніших включають:

- Шлунково-кишкові розлади: виразка шлунку, синдром подразненого кишечника (СПК), запор, діарея.
- Серцево-судинні захворювання: високий кров'яний тиск, тахікардія, болі в грудях.
- Біль у спині: хронічний біль у спині, м'язова напруга.
- Головний біль: мігрень, головний біль напруги.
- Шкірні захворювання: екзема, псоріаз.
- Алергія: астма, екзема, кропив'янка.

Поширеність психосоматичних розладів:

Психосоматичні розлади є дуже поширеними. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), близько 25% всіх захворювань мають психосоматичну природу.

Вплив психосоматичних розладів на життя людини:

Психосоматичні розлади можуть мати значний вплив на життя людини.

Вони можуть призвести до:

- Зниження якості життя
- Зменшення працездатності
- Порушення соціальних стосунків
- Підвищення ризику розвитку інших захворювань
- Депресії та тривоги

Важливо знати:

- Психосоматичні розлади – це не вигадка. Вони є реальними захворюваннями, які можуть мати серйозні наслідки.

- Існує багато ефективних методів лікування психосоматичних розладів.

- Якщо ви вважаєте, що у вас може бути психосоматичний розлад, важливо звернутися за допомогою до кваліфікованого фахівця.

Механізми розвитку психосоматичних розладів

Існує декілька механізмів, за допомогою яких психологічні фактори можуть впливати на розвиток фізичних симптомів:

Нейроендокринний механізм:

- Стрес та інші негативні емоції можуть активувати симпатичну нервову систему, що призводить до викиду гормонів стресу, таких як адреналін і кортизол.

- Ці гормони можуть мати каскадний ефект на організм, впливаючи на імунну систему, травну систему, серцево-судинну систему та інші органи.

- Наприклад, гормон стресу кортизол може пригнічувати імунну систему, що робить людину більш сприйнятливою до інфекцій.

– Він також може призвести до підвищення артеріального тиску та частоти серцевих скорочень.

Психогенні больові реакції:

- Емоції можуть посилювати або послаблювати відчуття болю.
- Наприклад, людина, яка відчуває тривогу або депресію, може сприймати біль більш інтенсивно, ніж людина, яка не відчуває таких емоцій.
- Хронічний біль також може призвести до розвитку емоційних проблем, таких як депресія та тривога.

Поведінкові фактори:

– Люди, які відчувають стрес або інші негативні емоції, можуть частіше вживати шкідливі для здоров'я звички, такі як куріння, вживання алкоголю та нездорова їжа.

– Ці звички можуть збільшити ризик розвитку різних захворювань, включаючи психосоматичні розлади.

Когнітивні фактори:

– Негативні думки та переконання можуть впливати на те, як людина сприймає своє тіло та своє здоров'я.

– Наприклад, людина, яка вважає, що вона схильна до захворювань, може частіше відчувати фізичні симптоми, навіть якщо насправді вона не хвора.

2. Вправа «Ланцюжок психосоматичних взаємодій» [24].

Учасники діляться на маленькі групи по 4-5 осіб. Кожна група отримує набір карток. На картках написані різні психологічні стани, стресові фактори, фізичні симптоми та психосоматичні розлади. Приклади карток:

- Психологічні стани: Тривога, Депресія, Гнів, Втома.
- Стресові фактори: Конфлікт на роботі, Втрата близької людини, Фінансові труднощі.
- Фізичні симптоми: Головний біль, Підвищений артеріальний тиск, М'язова напруга.

– Психосоматичні розлади: Гастрит, Гіпертонія, Синдром подразненого кишечника.

Групи повинні створити «ланцюжок» взаємодій, починаючи з психологічного стану чи стресового фактора і закінчуючи психосоматичним розладом. Наприклад, стрес на роботі → тривога → підвищений артеріальний тиск → гіпертонія.

Обговоріть у групах кожен крок ланцюжка і як він логічно пов'язаний з попереднім. Кожна група презентує свій ланцюжок решті учасників. Обговоріть, чому саме так було вибрано і які ще можуть бути можливі варіанти розвитку психосоматичних розладів.

3. «Профілактика психосоматичних розладів» [24].

Мета: Розробка індивідуальних стратегій профілактики психосоматичних розладів через усвідомлення та зміну звичок.

Ведучий коротко розповідає про важливість профілактики психосоматичних розладів та оголошує мету вправи. Учасникам роздають анкети з переліком можливих факторів ризику (стрес, недосипання, погане харчування, відсутність фізичної активності, негативні думки, токсичні стосунки тощо). Учасники обирають ті фактори, які є актуальними для них, та коротко описують ситуації, коли вони стикаються з цими факторами.

Учасники об'єднуються в малі групи (3-4 особи) та обговорюють свої фактори ризику. Вони діляться досвідом щодо того, як ці фактори впливають на їхнє самопочуття та здоров'я.

Кожен учасник складає персональний план профілактики психосоматичних розладів, включаючи конкретні дії для зниження впливу кожного ідентифікованого фактора ризику.

План може включати зміни у харчуванні, розпорядку дня, техніки релаксації, фізичні вправи, роботу над негативними думками, налагодження стосунків тощо. Учасники записують свої плани на спеціальних бланках.

Кожен учасник коротко презентує свій план профілактики перед групою. Інші учасники можуть ставити питання та пропонувати корисні поради.

Підсумкове обговорення (створено для того, щоб людина могла повторити почуване та побачене, зрозуміти взаємозв'язок тіла та психічного стану.

– «Що нового ви дізналися про механізми розвитку психосоматичних розладів?»

– «Як знання цих механізмів може допомогти у профілактиці та лікуванні психосоматичних розладів?»

– «Чи впізнали ви якісь зі своїх власних станів чи симптомів у цій вправі?»

Заняття 3. Вплив стресу на життєдіяльність людини

Мета: відпустити негативні емоції через дихання, зосередитися на позитивних та радісних моментах.

1. Техніка усвідомленого дихання [31].

Інструкція: сісти зручно, покласти одну руку на груди, іншу – на живіт. Закрити очі, розслабити всі м'язи й глибоко дихати впродовж декількох хвилин: вдих робити носом, видих – ротом. Зосередьтесь на тому, як піднімається й опускається живіт у такт диханню. Уявіть, як з кожним видихом занепокоєння залишає вас.

Ця техніка дозволяє відпустити напруження, розслабити м'язи, та відволіктися від проблем.

Обговорення:

– Що ви відчували, коли робили техніку?

– Чи змінився ваш стан після опрацювання техніки?

– Чи з'явилося відчуття легкості та безтурботності?

2. Вправа «Що робить мене щасливим і дарує радість» [31].

Інструкція: виписати на аркуш все з оточуючого світу, що дарує радість і щастя. Чим більше елементів визначено – тим складніша особистість. Далі список порівну поділяється на три групи: у першій групі визначених зовнішніх джерел радості та щастя – це те, що дозволяє нам відновити свій стан, наприклад (відпочинок з близькими на природі); у другій групі – це те, що вимагає від нас внеску та дарує нам функціональний ресурс (це може бути якісь легкі і досягнені цілі); у третій групі – це те, що є бажаним для нас, те, що слід посилювати з терапевтичною метою, наприклад (завести собаку, почати займатися якимось хоббі).

Вправа дозволяє побачити багато приємних та щасливих моментів у житті, зосередитись на позитивному, замотивувати себе на найближче майбутнє.

Обговорення результатів:

- Розкажіть, чи легко було визначити для себе ці групи?
 - Чи багато в кожній групі зазначених подій?
 - Що відчуваєте зараз, після проведення вправи?
3. Практика «Вдячність» [31].

Інструкція: подякувати собі за все те добре, що відбулось сьогодні у нашому житті. Наприклад за те, що сьогодні я пила неймовірно смачний чай з бергамотом, за те, що продавчиня мені посміхнулася і після цього я відчула себе живою та щасливою, за те, що я жива, і можу насолоджуватися всіма приємними моментами кожної хвилини... Список може бути нескінченим.

Саме вміння бути вдячним за те, що ми маємо, робить нас щасливими; вдячність відновлює сили, зміцнює стійкість, будує стосунки, робить нас щедрими.

Підсумкове обговорення:

- Чи вийшло у вас зробити цю практику?
- В чому була складність?

- Чи багато ви зазначили того, за що можна бути вдячними кожного дня?
- Що відчуваєте зараз?

Заняття 4. «Коло мого контролю»

Мета: навчити визначати свої межі зосереджувати свою увагу на тому, що робимо в даний момент, тут і тепер.

1. Техніка «П'ять пальців» [31].

Інструкція: перебираючи пальці будь-яким зручним способом (повільно, не поспішаючи) назвати:

- 5 суперздібностей, якими б хотілося оволодіти;
- 5 бажань та мрій;
- 5 улюблених книжок (коміксів, фільмів, мультфільмів);
- 5 історій про успіх;
- 5 найближчих людей;
- 5 умінь та навичок, які б ви хотіли опанувати.

Обговорення:

- Чи вдалось вам сконцентруватись і зосередитись?
- Які відчуття від у вас були від перебирання пальців?
- Спробуйте оцінити свої почуття, які виникали у вас під час виконання техніки.

2. Безпечне місце [31].

Інструкція: Сядьте зручно, закрийте очі, зосередитися на своєму диханні, не треба його робити повільним чи навпаки дихати частіше, просто спостерігайте за ним, як легко входить повітря через ніс і як легко воно виходить. Уявіть себе у безпечному місці, де вам комфортно та затишно. У своїй уяві розгляньте всі деталі, спробуйте почути звуки, які вас оточують, кольори, які ви бачите, може ви відчуєте якісь запахи. Подивіться, чи самі ви там, чи може вас оточують люди, хто вони? Побудьте в цьому місці, насолоджуйтесь цим спокоєм та приємними відчуттями. Тепер спокійно вертайтеся у теперішній момент, відкривайте очі.

Обговорення:

- Чи вийшло у вас візуалізувати це безпечне місце?
- Що ви відчули, як змінився ваш стан після цієї вправи?

3. «Візуалізація здорового майбутнього» [13].

Інструкція: 1. Візуалізуйте своє здорове і щасливе майбутнє. Яке воно? Ким ви є в своєму майбутньому? Хто вас оточує? Де ви знаходитесь? У що одягнені, з ким спілкуєтесь? Зосередьтесь на ваших відчуттях. Побудьте в своєму щасливому майбутньому достатню кількість часу. Тепер легко повертайтеся в теперішній момент.

2. Спробуйте намалювати те що ви уявили, не втрачаючи деталі уяви.

3. Подумайте, які зміни у способі життя допоможуть досягти цього майбутнього.

Обговорення:

- Як ці позитивні образи можуть мотивувати вас до змін?
- Які конкретні кроки можна зробити вже сьогодні для досягнення здорового майбутнього?

Заняття 5. Розвиток резильєнтності та навичок самодопомоги.

Мета: привернути увагу до вміння стабілізувати свій психологічний стан, отримати знання про складові резильєнтності.

1. «Складові резильєнтності»

Резильєнтність - це процес і результат успішної адаптації до складного життєвого досвіду за рахунок розумової, емоційної та поведінкової гнучкості та здатності пристосовуватися до внутрішніх та зовнішніх обставин.

Якщо спростити термінологію, то це психологічна стійкість, здатність протистояти невдачам і вміння самостійно відновлювати сили.

Складові резильєнтності наступні:

- вміння добре комунікувати;
- брати відповідальність за свої вчинки;

- мати високий емоційний інтелект, самостійно вміти розпізнавати та управляти емоціями;
- думати в позитивному контексті про себе та свої можливості;
- вміти реалістично будувати плани та йти до кінця в їх виконанні;
- в будь – яких обставинах приймати себе не як жертву, а як борця.

Обговорення:

- Як ви вважаєте, які складові резильєнтності притаманні вам?
- Які складові треба розвинути?

2. Мозковий штурм «Стресостійкість».

Інструкція: до напису стресостійкість, учасники підбирають слова-асоціації. Всі відповіді записуються тренером на дошці.

Ця вправа дає можливість сприяти своїй психологічній стабілізації, знижує тривожність, підвищує пізнавальну активність.

3. Вправа «Знайди вихід».

Інструкція: дається на малюнку чи фотографії розглянути якусь критичну ситуацію в житті людини. Пропонується кожному учаснику по черзі висловити свої думки, щодо вирішення цієї ситуації і знаходження оптимального виходу самим найкращім способом.

Ця вправа добре розвиває критичне мислення, аналітичний підхід в нестандартних життєвих ситуаціях, що в майбутньому може послужити, як навичка самопомоги при травмуючих обставинах.

Обговорення:

Чи почерпнули ви якусь корисну інформацію від інших, щодо вихода із критичної ситуації?

Чим саме вам була корисна ця вправа?

Заключне слово.

Дорогі учасники, ми підійшли до завершення нашого тренінгу з розвитку резильєнтності та навичок самопомоги. Хочу подякувати всім вам за активну участь, відкритість і бажання навчатися. Ми з вами разом пройшли через низку теоретичних і практичних завдань, які допомогли нам глибше

зрозуміти механізми розвитку психосоматичних розладів, дізнались, які існують методи розвитку резильєнтності, а також навчилися навичкам самодопомоги.

Під час колективних вправ ми побачили, як важливо вчасно виявляти та розпізнавати свої емоції, дбати про своє фізичне та психічне здоров'я, використовувати техніки релаксації та підтримувати здоровий спосіб життя. Ми також зрозуміли, що спільні зусилля, командна робота та вміння домовлятися можуть значно полегшити шлях до досягнення наших цілей.

Нехай знання та навички, які ви отримали, стануть міцною основою для вашого подальшого особистого та професійного розвитку. Пам'ятайте, що ваше психічне здоров'я має важливе значення для загального благополуччя та якості життя. Відстежуйте свої емоції, не бійтеся звертатися за підтримкою до близьких або фахівців, і завжди знаходьте час для себе.

Дякую вам за ваші зусилля та бажання розвиватися. Бажаю вам успіхів у всіх ваших починаннях і міцного фізичного та ментального здоров'я.

До нових зустрічей!

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Переживання травмуючих ситуацій може призводити до формування психосоматичних розладів, які є стають серйозною проблемою для здоров'я людини та якості її життя. Особистісні, психосоціальні чинники, які виокремлюються в формуванні психосоматичних розладів, можна розглядати як: неспецифічну спадковість; спадкову схильність до психосоматичних розладів; порушення у центральній нервовій системі, що ведуть до нейродинамічних зрушень; особистісні особливості (замкненість, стриманість, недовірливість, тривожність, сенситивність (чутливість), схильність до легкого виникнення фрустрацій (розчарувань), переважання негативних емоцій над позитивними; психічний та фізичний стан під час психотравмуючих подій; особливості психотравмуючих подій.

Отже, у вибірці переважають респонденти із слабким рівнем психічної напруги, що означає низьку ймовірність нервово-психічних зривів, адекватну самооцінку та оцінку навколишньої дійсності. Майже стільки ж респондентів мають помірний рівень психічної напруги, що робить їх вразливими до порушень психічної діяльності при значних психічних та фізичних навантаженнях, що може призвести до серйозного погіршення здоров'я та зниження продуктивності професійної діяльності. Респондентів з надмірним рівнем психічної напруги найменша кількість, вони мають схильність до порушень психічної діяльності та неадекватної поведінки в екстремальних ситуаціях. Значна кількість учасників мають негативні уявлення про світ, виражені у формі когнітивних когніцій, а також велика доля самокритики у вигляді самоїдства. Ці негативні установки можуть суттєво вплинути на особистість респондентів, оскільки свідчать про наявність психологічної травми. Важливо зазначити, що у всіх респондентів відсутні ознаки травми з ПТСР, що може показати сильні захисні можливості нашої психіки витримувати різні навантаження і залишатися при цьому в здоровому психологічному стані людині. Більшість респондентів із переліка життєвих

подій обрали хворобу та смерть близької людини, як потенційно травмуючу подію, яка істотно вплинула на все їх життя, завдав великого емоційного напруження. Це свідчить про те, що ці події в житті людей трапляються дуже часто. Меншість респондентів обрали природні катастрофи, насильство і матеріальну та фізичну шкоду, як травмуючу, що може свідчити про те, що дані події трапляються в житті людей в менших кількостях. Помірний рівень інтенсивності прояву позитивних емоцій (інтерес, радість, здивування) відчувають більшість респондентів, що показує те, що вони не здатні часто відчувати всі прояви радості, задоволення від життя. Невелика кількість респондентів має виражений рівень інтенсивності прояву позитивних емоцій, що свідчить про їх задоволенням від життя, та вмінню радіти. У більшості респондентів спостерігається слабкий рівень прояву негативних емоцій (сум, гнів, огида, зневага), що характеризує їх, як людей, які мають позитивний підхід до життя. Менша кількість респондентів мають помірний рівень інтенсивності прояві негативних емоцій, що каже нам про те, що вони відчувають ці емоції часто, але вміють контролювати негативні емоції та впливати на свій психічний стан. У більшості респондентів спостерігається слабкий рівень інтенсивності прояву тривожних емоцій (страх, сором, вина), що може охарактеризувати їх, як людей, які вміють відпускати вину, контролювати свій страх та відчуття сорому. Менша кількість респондентів відчувають помірний рівень інтенсивності прояву цих емоцій, що може свідчити, що вони відчувають тривожні емоції часто, але не застрягають у них.

Результати всього емпіричного дослідження стали важливими для розробки програми соціально-психологічного тренінгу щодо розвитку резильєнтності при переживанні травмуючих ситуацій.

ВИСНОВКИ

Дана робота присвячена вивченню впливу травмуючих ситуацій на розвиток психосоматичних розладів особистості. Проведене теоретичне та експериментальне дослідження дозволяє зробити наступні висновки:

1. Аналіз наявної наукової психологічної літератури із проблеми вивчення психосоматичних розладів дозволяє сказати, що в основі психосоматичного захворювання лежить реакція на емоційне переживання, що супроводжується функціональними змінами і патологічними порушеннями у фізичних органах. У сучасному розумінні причин виникнення психосоматичних захворювань визнається багатофакторність в поясненні їх природи. Соматичне і психічне, вплив схильності і середовища, фактичний стан навколишнього середовища і його суб'єктивна переробка, фізіологічні, психічні та соціальні впливи в їх сукупності і взаємодоповненні – все це має значення як взаємодіючі між собою фактори психосоматичних захворювань.

2. Особистісні, психосоціальні чинники, які виокремлюються можна розглядати як: неспецифічну спадковість; спадкову схильність до психосоматичних розладів; порушення у центральній нервовій системі, що ведуть до нейродинамічних зрушень; особистісні особливості (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); психічний та фізичний стан під час психотравмуючих подій; особливості психотравмуючих подій (несподіваність, неочікуваність, приголомшливість, монотравма, мультитравма, політравма, колективна травма). Перелічені фактори не лише беруть участь у генезі психосоматичних розладів, але кожний окремо або в різних комбінаціях роблять людину вразливою до емоційних стресів,

ускладнюють психологічний та біологічний захист, полегшують виникнення й ускладнюють протікання соматичних розладів.

3. Для проведення емпіричного дослідження було обрано наступні методики діагностики: «Опитувальник визначення нервово-психічної напруги» (Т. А. Немчин); «Шкала диференціальних емоцій» (К. Ізард); методика «Перелік життєвих подій»; «Опитувальник посттравматичних когніцій».

4. У вибірці переважають респонденти із слабким рівнем психічної напруги, що означає низьку ймовірність нервово-психічних зривів, адекватну самооцінку та оцінку навколишньої дійсності. Майже стільки ж респондентів мають помірний рівень психічної напруги, що робить їх вразливими до порушень психічної діяльності при значних психічних та фізичних навантаженнях, що може призвести до серйозного погіршення здоров'я та зниження продуктивності професійної діяльності. Респондентів з надмірним рівнем психічної напруги найменша кількість, вони мають схильність до порушень психічної діяльності та неадекватної поведінки в екстремальних ситуаціях. Значна кількість учасників мають негативні уявлення про світ, виражені у формі когнітивних когніцій, а також велика доля самокритики у вигляді самоїдства. Ці негативні установки можуть суттєво вплинути на особистість респондентів, оскільки свідчать про наявність психологічної травми. Важливо зазначити, що у всіх респондентів відсутні ознаки травми з ПТСР, що може показати сильні захисні можливості нашої психіки витримувати різні навантаження і залишатися при цьому в здоровому психологічному стані людини. Більшість респондентів із переліка життєвих подій обрали хворобу та смерть близької людини, як потенційно травмуючу подію, яка істотно вплинула на все їх життя, завдав великого емоційного напруження. Це свідчить про те, що ці події в житті людей трапляються дуже часто. Меншість респондентів обрали природні катастрофи, насильство і матеріальну та фізичну шкоду, як травмуючу, що може свідчити про те, що дані події трапляються в житті людей в менших кількостях. Помірний рівень

інтенсивності прояву позитивних емоцій (інтерес, радість, здивування) відчувають більшість респондентів, що показує те, що вони не здатні часто відчувати всі прояви радості, задоволення від життя. Невелика кількість респондентів має виражений рівень інтенсивності прояву позитивних емоцій, що свідчить про їх задоволенням від життя, та вмінню радіти. У більшості респондентів спостерігається слабкий рівень прояву негативних емоцій (сум, гнів, огида, зневага), що характеризує їх, як людей, які мають позитивний підхід до життя. Менша кількість респондентів мають помірний рівень інтенсивності прояві негативних емоцій, що каже нам про те, що вони відчувають ці емоції часто, але вміють контролювати негативні емоції та впливати на свій психічний стан. У більшості респондентів спостерігається слабкий рівень інтенсивності прояву тривожних емоцій (страх, сором, вина), що може охарактеризувати їх, як людей, які вміють відпускати вину, контролювати свій страх та відчуття сорому. Менша кількість респондентів відчувають помірний рівень інтенсивності прояву цих емоцій, що може свідчити, що вони відчувають тривожні емоції часто, але не застрягають у них.

5. Розроблені практичні рекомендації у вигляді групових тренінгових занять, спрямовані на надання учасникам знань та навичок щодо розвитку резильєнтності та навичок самодопомоги, розвинення комунікативних навичок, та надання знань про виникнення психосоматичних розладів.

Таким чином, всі завдання кваліфікаційної роботи виконано, мету – досягнуто.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Андреев О. С. Новий метод оцінки особистісного зростання. *Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. Випуск 20, 2013. С. 41-50.
2. Байер О. О. Життєві кризи особистості: навч. посібник. Дніпро : Вид-во Дніпропетр. нац. ун-ту, 2010. 244 с.
3. Балабанова Л. М. Технології відновлення соціально-психологічних ресурсів життєздатності особистості, яка переживає наслідки травматичних подій. *Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології* : монографія. Харків : ФОП Панов Л.М. 2022. С. 110-126.
4. Блінов О. А. Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР). *Психологічний часопис : збірник наукових праць* / за ред. С. Д. Максименка. № 1 (11). Вип. 11. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, 2018. С. 26-37.
5. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія. Київ : Талком, 2016. 246 с.
6. Бугайова Н. М. Психосоматичні і соматопсихічні взаємовпливи в генезі захворювань та їх роль у розвитку суїцидальної поведінки. *Психологічна теорія і технологія навчання*. Том 8. Вип. 2. 2006. С. 62-73.
7. Бугайова Н. М. Психологічні закономірності розвитку адикцій в онтогенезі. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2010. Т. XII, ч.4. С. 48–57.
8. Булах І. С. Психологія життєвих криз особистості: навч. посібник. Вінниця : ТОВ «Нілан-ЛТД», 2015. 110 с.

9. Валуйко О. М., Гошкодеря О. В. Управління професійним стресом керівників органів внутрішніх справ: навч. посібник. Київ : Видавничий дім «Скіф», КНТ, 2008. 106 с.
10. Візнюк І. М. Психологічні детермінанти розвитку іпохондричних розладів у людини за психодіагностичними параметрами. *Проблеми сучасної психології*. 2017. Випуск 35. С.55-66.
11. Гавенко В. Л. Психіатрія і наркологія : підручник. 2-ге вид., переробл. і допов. Київ : ВСВ "Медицина", 2015. 512 с.
12. Горленко В. М., Луценко Ю. А., Острова В. Д. та ін. Методичні рекомендації щодо впровадження циклограм діяльності працівників психологічної служби. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи. 2017. 132 с.
13. Гриневич Є. Г. Спільні і специфічні маркери розвитку психічних та поведінкових розладів внаслідок надзвичайних подій в якісно відмінних контингентах постраждалих. *Архів психіатрії*. 2006. Т. 12. № 1-4. С. 16-21.
14. Грицюк І. М. Психосоматичні прояви психологічних порушень у дітей, що пережили психотравмуючу ситуацію. *Наука і освіта*. №2-3, 2016. С. 121-124.
15. Єременко Т. Б. Психосоматичні прояви агресії в юнацькому віці : автореф. дисертації на здобуття наук. ступ. канд. психол. наук : 19.00.04. Київ, 2017. 24 с.
16. Зливков В. Л., Лукомська С. О. Теорія та практика психологічних тренінгів. Ніжин : Видавець ПП Лисенко М.М., 2019. 209 с.
17. Католик Г. В. Вплив стресу на розвиток психосоматичних захворювань у підлітків. *Збірник тез Міжнар. конф. з дитячої та юнацької психотерапії «Дитяча та юнацька психотерапія в Україні: 5-річний досвід роботи»*. Львів, 2006. С. 31-33.
18. Католик Г. В. Тренінг релаксації як ефективна форма психокорекційної допомоги при ПТСР у дітей. *Проблеми психологічного*

здоров'я в сучасній психотерапії : матеріали Міжн. наук.-практ. конф. Львів, 2006, С. 19-23.

19. Кириленко Т. С. Пошук гармонії: емоційні переживання та стани особистості (вчинковоорієнтований підхід) : монографія. Київ : Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2004. 100 с.

20. Кириленко Т. С. Психологічні проблеми переживань травмуючих ситуацій. *Матеріали конференції «Психологія життєвої кризи особистості».* Журнал «Наукові студії із соціальної та політичної психології». Київ, 2000. Вип. 4(7). 312 с.

21. Клінічні рекомендації щодо застосування методів психодіагностики та медикопсихологічної реабілітації у лікарняних та санаторно-курортних закладах Міністерства оборони України / Мех П. І., Казмірчук А. П., Швець А. В., Кіх А. Ю., Ричка О. В., Чайковський А. Р., Іванцова Г. В., Білинов О. А. Київ, 2017. 266 с.

22. Ковалів М. В. Професійний стрес керівника органу внутрішніх справ та його профілактика. *Науковий Вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна: збірник наукових праць.* Львів : ЛьвДУВС, 2013. Вип. 1 (1). С. 163 – 175.

23. Компанович М. С. Ретроспективний аналіз досліджень емоційних переживань як складової психосоматичних захворювань. *Медична психологія : теоретичні та прикладні питання.* 2017. Т. 1. Вип. 8. С. 51-59.

24. Кузьмінов В. Н. Особливості психопатологічних порушень у хворих із синдромом алкогольної залежності, що приймали участь в екстремальних подіях. *Архів психіатрії,* 2004. Т. 10. № 4. С. 91-94.

25. Лепіхова Л. А. Значення соціально-психологічної компетентності в реалізації життєвих домагань. *Педагогіка і психологія.* 2004. № 3. С. 77-85.

26. Лялюк Г. М., Мороз О. С. Психологічні особливості відтермінованого впливу дитячих психотравм на психічний стан особистості у дорослому віці. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ.* 2018. № 2. С. 99-109.

27. Максименко С. Д., Руденко Я. В. Мультипсихологінчий дискурс вокалотерапії психосоматичних розладів особистості : монографія. Київ : “Видавництво Людмила”, 2021. 904 с.
28. Максименко С. Д., Яланська С. П. Генетико-креативний підхід: діяльнісне опосередкування особистісного розвитку : монографія. Київ : “Видавництво Людмила”, 2021. 508 с.
29. Максименко С. Д. Загальна психологія. Навч. посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 272 с.
30. Матійків І. М. Основи тренерської майстерності : навч.-метод. посіб. Львів : Компанія «Манускрипт», 2012. 392 с.
31. Матійків І. М. Тренінг емоційної компетентності: навч.-метод. посібник. Київ : Педагогічна думка, 2012. 112 с.
32. Михальський А. В. Психологічні особливості хворих гіпертонічною хворобою. *Проблеми сучасної психології*. 2010. Випуск 9. С. 118-129.
33. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій : навчально-методичний посібник. Миколаїв : Іліон, 2018. 298 с.
34. Мостовой Ю. М. Психосоматичні розлади у хворих на бронхіальну астму та хронічне обструктивне захворювання легень: діагностика та підходи до лікування. *Раціональна Фармакотерапія*. 2013. № 2 (27). С. 27-38.
35. Мусієнко Г. О., Бараненко О. В., Гольцова С. В., Віхляєва Л. Ю. Оцінка особливостей проявів післятравматичних стресових розладів у осіб з алкогольною залежністю. *Довженківські читання: теорія і практика наркології: матеріали VI Укр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю*. Харків, 2005. С. 99-102.
36. Назаров О. О., Оніщенко Н. В., Садковий В. П., Садковий О. В., Склень О. І., Тімченко О. В. Психологічні особливості базових копінг-стратегій та особистісних копінг-ресурсів працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України : монографія. Харків : Вид-во УЦЗУ, 2008. 221 с.

37. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
38. Оверченко А. І. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. Київ : Нац. акад.. внутр. справ, 2014. 160 с.
39. Олейник Н. О. Психологічні особливості алекситимічного радикалу в структурі особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2018. Вип.3. Т.1. С. 94-99.
40. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Київ, 2018. Том 1. 208 с.
41. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Семигіна Т. С., Павленко І. З. та ін. Київ : Наш формат, 2017. 1068 с.
42. Панок В. Г. Психологічна служба : навч.-метод. посіб. для студентів і викладачів. Кам'янець-Подільський : ТОВ Друкарня Рута, 2012. 488 с.
43. Пеньковська Н. М. Основи психологічного консультування в методі позитивної психотерапії : навч. посіб. Тернопіль : Крок, 2014. 286 с.
44. Поліщук В. Вікові кризи у психічному розвитку особистості. Психологія. *Збірник наукових праць НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2000. Випуск 1 (8). С. 126 – 130.
45. Практична психологія. Методи вивчення особистості / С. І. Болтівець, Н. А. Бастун, С. В. Васьківська та ін. Суми : «Мрія», 1992. Вип. І. 128 с.
46. Проноза К. В. Особливості психокорекції психосоматичних хворих середнього віку. URL: [//mp2.uom.edu.ua/wpcontent/uploads/2012/04Pronoza.pdf](http://mp2.uom.edu.ua/wpcontent/uploads/2012/04Pronoza.pdf).
47. Профілактика психологічного насильства і маніпулювання свідомістю та розвиток критичного мислення в молодіжному середовищі. *Матеріали міжнар. наук.-практ. конф., 27-28 трав. 2004 р.* Київ : Укр. центр політичного менеджменту, 2005. 320 с.

48. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій / науковий редактор випуску Т. М. Титаренко. *Збірник статей*. Київ, 2015. 150 с.
49. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю: навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем групи. Л. М. Вольнова. Київ, 2012. 275 с.
50. Сегеда О. О. Психосоматичні захворювання як предмет психологічної експертизи. *Питання психології*. 2012. Вип. 43 (1). С.23-31.
51. Сексуальне насильство, пов'язане з конфліктом, в Україні 14 березня 2014 р. 31 січня 2017 р. *Управління Верховного комісара ООН з прав людини*. URL: <https://www.ohchr.org/Documents/Countries/UA/ReportCRSV>
52. Столяренко О. Б. Психологія особистості: навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 280 с.
53. Татенко О. М. Практична психологія в Україні: історія і сучасність. *Психологія: науково-методичний збірник*. Київ, 1993. 218 с.
54. Технологія тренінгу / за заг. ред. С. Максименко. Київ : Главник, 2005. 112 с.
55. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ : ДП "Вид. дім "Персонал", 2017. 160 с.
56. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад / В. В. Кравченко, І. Я. Пінчук, І. А. Марценковський та ін. Київ : Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України, 2016. 57 с.
57. Філак Ф. Г. Психосоматичні особливості особистості хворих на виразкову хворобу 12-палої кишки і після резекції шлунка. *Матеріали III міжнародної науково-практичної конференції «Слов'янська культура і писемність: минуле та сучасність»*, 2013. С. 282-287.

58. Хамуленко Т. Б. Психосоматика: культурно-історичний підхід. Харків : ВД "Інжек", 2015. 264 с.
59. Харченко Д. М. Психологічні та психофізіологічні особливості осіб із психосоматичними розладами : автореф. дис. канд. наукового ступеня доктора психологічних наук : 19.00.04. Київ, 2011. 41 с.
60. Харченко Д. М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень : навчальний посібник. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2015. 280 с.
61. Цигульська Т. Ф. Загальна та прикладна психологія: як допомогти собі та іншим. Курс лекцій. Київ : «Наукова думка», 2000. 191 с.
62. Чала Ю. М. Психодіагностика: навчальний посібник. Харків : НТУ «ХП», 2018. 246 с.
63. Шевчук А. М. Психосоматичні порушення у постраждалого населення внаслідок надзвичайної ситуації. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2011. Вип. 10. С. 303-314.
64. Шелег Л. С. Класифікація концепцій та основні ознаки психосоматичних розладів. *Актуальні проблеми психології*. 2015. Т. 12. Вип 21. С. 313-321.
65. Штепа О. С. Психологічні особливості формування та актуалізації особистісної зрілості. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. № 5. С. 24-31.
66. Da Costa J.M. On irritable heart: A clinical study of a foml of functional cardiac disorder and its consequences. *American Journal of the Medical Sciences*. 1871. V. 61. P. 17–52.
67. Dekel R., Solomon Z. Secondary Traumatization among Wives of War Veterans with PTSD. *Combat Stress Injury: Theory, Research, and Management*. New York : Routledge, 2006. P. 137–157.
68. Dunbar H. F. Psychosomatic Diagnosis *P.B. Hoeber, Inc.*, New York, 1943. 155 p.

69. Foa E. B., Ehlers A. et al. The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment* 11(3), 1999. P. 303-314.
70. Hellhammer D. Psychoendocrinology: brain, hormones and behavior. *Perspectives and Promises of Clinical Psychology*. New York & London, 1992. P. 61–66.
71. Jackson K. M., Aiken L. S. A Psychosocial model of sun protection and sunbathing in young women: the impact of health beliefs, attitudes, norms, and self-efficacy for sun protection. *Health Psychology*. 2000. Vol. 19. № 5. P. 458–468.
72. Rutchick A. M. The pen is mightier than the word: Object priming of evaluative standards. *European Journal of Social Psychology*. 2010. Vol. 40. P. 704–708.
73. Sampson E. E. Establishing Embodiment in Psychology. *The Body and Psychology*. ed. Stam H. Cambridge. 1998. P. 30–52.
74. Sanders D. Counselling for Psychosomatic Problems. London ; Thousand Oaks ; New Delhi, 1996. 160 p.
75. Trauma histories, substance use coping, PTSD, and problem substance use among sexual assault victims. SE Ullman, M Relyea, L Peter-Hagene, AL Vasquez. Addictive behaviors. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 38 (6). 2013. P. 2219-2223.
76. Wiggins J. S. Circular reasoning about interpersonal behavior: Evidence concerning some untested assumptions underlying diagnostic classification. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995. Vol. 56. P. 296–305.
77. Zigmond A. S. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983. Vol. 67 (6). P. 361–370.

Стимульний матеріал до методики «Опитувальник визначення нервово-психічної напруги» [42].

1. Наявність фізичного дискомфорту:

А) повна відсутність яких-небудь неприємних фізичних відчуттів;

Б) мають місце незначні неприємні відчуття, що не заважають роботі;

В) наявність великої кількості неприємних фізичних відчуттів, що серйозно заважають роботі.

2. Наявність болісних відчуттів:

А) повна відсутність яких-небудь болів;

Б) болісні відчуття періодично з'являються, але швидко зникають і не заважають роботі;

В) мають місце постійні болісні відчуття, що істотно заважають роботі.

3. Температурні відчуття:

А) відсутність яких-небудь змін у відчутті температури тіла;

Б) відчуття тепла, підвищення температури тіла;

В) відчуття похолодання тіла, кінцівок, почуття ознобу.

4. Стан м'язового тону:

А) звичайний м'язовий тонус;

Б) помірне підвищення м'язового тону, почуття певної м'язової напруги;

В) значна м'язова напруга, посмикування окремих м'язів обличчя, шиї, рук (тики, тремор).

5. Координація рухів:

А) звичайна координація рухів;

Б) підвищення точності, легкості, координованості рухів під час писання, іншої роботи;

В) зниження точності рухів, порушення координації, погіршення почерку, утруднення при виконанні дрібних рухів, що вимагають високої точності.

Продовження Додатку А

6. Стан рухової активності загалом:

А) звичайна рухова активність;

Б) підвищення рухової активності, збільшення швидкості й енергійності рухів;

В) різке посилення рухової активності, неможливість усидіти на одному місці, метушливість, прагнення ходити, змінювати положення тіла.

7. Відчуття збоку серцево-судинної системи:

А) відсутність яких-небудь неприємних відчуттів з боку серця;

Б) відчуття посилення серцевої діяльності, що не заважає роботі;

В) наявність неприємних відчуттів з боку серця - частішання серцебиття, почуття тиску в ділянці серця, поколювання, болі в серці.

8. Прояви збоку шлунково-кишкового тракту:

А) відсутність яких-небудь неприємних відчуттів у животі;

Б) одиничні, швидко минуці і такі, що не заважають роботі, відчуття в животі. Почуття легкого голоду, періодичне "гурчання";

В) виражені неприємні відчуття в животі - біль, зниження апетиту, нудота, відчуття спраги.

9. Прояви з боку органів дихання:

А) відсутність яких-небудь відчуттів;

Б) збільшення глибини і частішання дихання, що не заважає роботі;

В) значна зміна дихання - задишка, почуття недостатності вдиху, "комок у горлі".

10. Прояви з боку видільної системи:

А) відсутність яких-небудь змін;

Б) помірна активізація видільної функції - більш часте бажання скористатися туалетом при повному збереженні здатності утриматися (терпіти);

В) різке частішання бажання скористатися туалетом, чи труднощі, навіть неможливість терпіти.

Продовження Додатку А

11. Стан потовиділення:

- А) звичайне потовиділення без яких-небудь змін;
- Б) помірне посилення потовиділення;
- В) поява рясного "холодного" поту.

12. Стан слизової оболонки порожнини рота:

- А) звичайний стан без яких-небудь змін;
- Б) помірне збільшення слиновиділення;
- В) відчуття сухості в роті.

13. Колір шкірних покривів:

- А) звичайний колір шкіри обличчя, шиї, рук;
- Б) почервоніння шкіри обличчя, шиї, рук;
- В) блідний колір шкіри обличчя, шиї, поява на шкірі кистей рук "мармурового" (плямистого) відтінку.

14. Сприйнятливість, чутливість до зовнішніх подразників:

- А) відсутність яких-небудь змін, звичайна чутливість;
- Б) помірне підвищення сприйнятливості до зовнішніх подразників, що не заважає роботі;
- В) різке загострення чутливості, відволікання, фіксація на сторонніх подразниках.

15. Почуття впевненості в собі, у власних силах:

- А) звичайне почуття впевненості у власних силах, здібностях;
- Б) підвищене почуття впевненості в собі, віра в успіх;
- В) почуття непевності в собі, очікування невдачі, провалу.

16. Настрій:

- А) звичайний настрій;
- Б) піднесений, підвищений настрій, відчуття підйому, приємного задоволення роботою чи іншою діяльністю;
- В) зниження настрою, пригніченість.

17. Особливості сну:

Продовження Додатку А

- А) нормальний, звичайний сон;
- Б) гарний, міцний, освіжаючий сон напередодні;
- В) неспокійний, з частими пробудженнями і сновидіннями сон упродовж кількох попередніх ночей, зокрема, напередодні.

18. Особливості емоційного стану загалом:

- А) відсутність яких-небудь змін у сфері емоцій і почуттів;
- Б) почуття заклопотаності, відповідальності за роботу, що виконується, "азарт", активне бажання діяти;
- В) почуття страху, паніки, розпачу.

19. Перешкодостійкість:

- А) звичайний стан, без яких-небудь змін;
- Б) підвищення перешкодостійкості в роботі/здатність працювати в умовах шуму й інших перешкод;
- В) значне зниження перешкодостійкості, нездатність працювати при відволікаючих подразниках.

20. Особливості мови:

- А) звичайна мова;
- Б) підвищення мовної активності, збільшення гучності голосу, прискорення мови без погіршення її якості (логічності, грамотності тощо);
- В) порушення мови - поява тривалих пауз, запинок, збільшення кількості особистих слів, заїкуватість, занадто тихий голос.

21. Загальна оцінка психічного стану:

- А) звичайний стан;
- Б) стан зібраності, підвищена готовність до роботи, змобілізованість, високий психічний тонус;
- В) почуття втоми, незібраності, неуважності, апатії, зниження психічного тону.

22. Особливості пам'яті:

- А) звичайна пам'ять;

Продовження Додатку А

Б) поліпшення пам'яті - легко пригадується те, що потрібно;

В) погіршення пам'яті.

23. Особливості уваги:

А) звичайна увага без яких-небудь змін;

Б) поліпшення здатності до зосередження, відволікання від сторонніх справ;

В) погіршення уваги, нездатність зосередитися на справі, відволікання.

24. Кмітливість:

А) звичайна кмітливість;

Б) підвищення кмітливості, гарна спритність;

В) зниження кмітливості, розгубленість.

25. Розумова працездатність:

А) звичайна розумова працездатність;

Б) підвищення розумової працездатності;

В) значне зниження розумової працездатності, швидка розумова стомлюваність.

26. Явище психічного дискомфорту:

А) відсутність яких-небудь неприємних відчуттів і переживань з боку психіки загалом;

Б) почуття психічного комфорту, підйому психічної діяльності або одиничні, слабо виражені, які швидко минають і не заважають роботі, явища;

В) різко виражені, різноманітні і численні, які серйозно заважають роботі порушення з боку психіки.

27. Ступінь поширеності (генералізованості) ознак напруги:

А) одиничні, слабо виражені ознаки, на які не звертається увага;

Б) чітко виражені ознаки напруги, не лише такі, що заважають діяльності, але, навпроти, що сприяють її продуктивності;

В) невелика кількість різноманітних неприємних ознак напруги, що заважають роботі різних органів і систем організму

Продовження Додатку А

28. Частота виникнення стану напруги:

А) відчуття напруги не розвивається практично ніколи;
Б) деякі ознаки напруги розвиваються лише за наявності реально важких ситуацій;

В) ознаки напруги розвиваються дуже часто і нерідко без достатніх на те причин.

29. Тривалість стану напруги:

А) дуже короткочасний, не більше кількох хвилин, швидко зникає ще до того, як минула складна ситуація;

Б) продовжується практично впродовж усього часу перебування в умовах складної ситуації і виконання необхідної роботи, припиняється невдовзі після її закінчення;

В) дуже велика тривалість стану напруги. Напруга не припиняється впродовж тривалого часу після складної ситуації.

30. Загальний ступінь виразності напруги:

А) повна відсутність чи дуже слабкий ступінь виразності;

Б) помірковано виражені, виразні ознаки напруги;

В) різко виражена, надмірна напруга.

Обробка та інтерпретація. За оцінку "+", поставлену напроти пункту "А" нараховується 1 бал, напроти пункту "Б" - 2 бали, навпроти "В" - 3 бали. Мін – 30 балів, Мах-90 балів.

- 30-50 балів - слабка нервово-психічна напруга;

- 51-70 балів - помірна нервово-психічна напруга;

- 71-90 балів - надмірна нервово-психічна напруга.

Додаток Б

Таблиця Б.1

**Стимульний матеріал до методики «Шкала диференціальних емоцій»
(К. Ізард) [42]**

Емоція	Рівень інтенсивності	Ознаки
Уважний	1	Зосереджений погляд, чітка мова, активне слухання.
	2	Посилена концентрація, зменшення відволікаючих факторів, глибоке розуміння інформації.
	3	Максимальна концентрація, абстрагування від сторонніх подразників, поглиблене занурення в завдання.
Стан насолоди	1	Легка посмішка, приємні відчуття, відчуття задоволення.
	2	Щасливий вираз обличчя, відчуття радості, подяки, задоволення життям.
	3	Ейфорія, нестримне щастя, відчуття блаженства, ейфорії.
Здивований	1	Підняті брови, розширені зіниці, легке подивування.
	2	Сильний подив, несподіванка, відчуття здивування та цікавості.
	3	Шок, ошелешення, втрата слів, невіра в те, що відбувається.
Похмурий	1	Легка смуток, тихий голос, відсутність ентузіазму.
	2	Сум, туга, втрата інтересу до діяльності, відчуття апатії.
	3	Відчай, глибокий смуток, безнадійність, втрата сенсу життя.
Оскаженілий	1	Роздратування, легке обурення, підвищення тону голосу.
	2	Гнів, сильне обурення, несправедливість, бажання захиститися.
	3	Лють, неконтрольований гнів, агресія, втрата самоконтролю.
Відчуваю неприязнь	1	Легка огида, неприємні відчуття, відштовхування.
	2	Відраза, сильне огида, неприязнь, неприйняття.
	3	Огида, огида, фізична нудота, відторгнення.
Презирливий	1	Легкий скептицизм, іронія, піднята брова.
	2	Зневага, почуття переваги, зверхність, неприйняття.
	3	Гордість, зневажливе ставлення, агогансія, зверхність.
Зляканий	1	Легке занепокоєння, настороженість, прискорене серцебиття.
	2	Страх, відчуття тривоги, небезпеки, бажання втекти.
	3	Паніка, неконтрольований страх, втрата розуму, параліч.

Продовження Додатку Б**Продовж. табл. Б.1**

Сором'язливий	1	Легкий рум'янець, сором'язливість, незручність.
	2	Сильний сором, збентеження, незручність, бажання сховатися.
	3	Конфуз, приниження, втрата гідності, страх здатися смішним.
Стан жалю	1	Легкий жаль, досада, самокритика.
	2	Вина, сильне почуття каяття, самозвинувачення, бажання вибачитися.
	3	Розкаяння, глибоке почуття провини, каяття, самобичування.

Таблиця Б.2**Міра емоційних переживань**

Інтенсивність емоційних переживань (ШЕ)	Індекс емоцій негативної емоційності (ІГНЕ)	Індекс емоцій позитивної емоційності (ІТДЕ)
Слабка	< 19 балів	< 14 балів
Помірна	від 20 до 28 балів	від 15 до 24 балів
Виражена	від 29 до 36 балів	від 25 до 32 балів
Сильна	> 36 балів	> 32 балів

Стимульний матеріал до методики «Перелік життєвих подій» [42]

Інструкція: Вам пропонується перелік подій, які можуть статися у житті кожної людини. Згадайте усе своє життя та для кожної події оберіть один або декілька варіантів відповідей: подія трапилась зі мною, я був свідком події, це сталося з моїм родичем або другом, це частина моєї роботи, складно відповісти, мене це не стосується.

1. Природне лихо (повінь, ураган, землетрус)
2. Пожежа або вибух
3. Транспортна аварія (ДТП, авіакатастрофа, аварія потягу) 4. Нещасний випадок на роботі чи вдома
5. Отруєння токсичними речовинами (у тому числі й радіацією)
6. Фізичний напад (побиття, вбивство)
7. Напад зі зброєю (погрози ножем, пістолетом, вибухівкою)
8. Сексуальне насильство (зґвалтування, спроба зґвалтування)
9. Інший неприємний сексуальний досвід
10. Участь у бойових діях
11. Позбавлення волі
12. Життєво небезпечна хвороба або травма
13. Важкі людські страждання
14. Раптова насильницька смерть (наприклад, вбивство, самогубство)
15. Раптова смерть в результаті нещасного випадку
16. Травми чи вбивство Вами іншої людини
17. Інша стресова подія

Стимульний матеріал до методики «Опитувальник посттравматичних когніцій» [42].

Інструкція: Нижче наведено низку тверджень, які можуть відображати або не відображати Ваші думки. Уважно прочитайте кожне твердження і оцініть, наскільки Ви погоджуєтесь із ним. Пам'ятайте, що люди оцінюють травматичні події по-різному, тут немає правильних або неправильних відповідей.

- 1 Подія сталася внаслідок моїх дій
- 2 Я не вірю в те, що буду робити правильні вчинки
- 3 Я «слабак»
- 4 Я не можу контролювати свій гнів і здатний на жахливі вчинки
- 5 Я не можу впоратися із найменшими труднощами
- 6 Раніше я був щасливою людиною, а зараз я постійно нещасний
- 7 Людям не можна довіряти
- 8 Я постійно насторожений
- 9 Я відчуваю себе «мертвим» всередині
- 10 Ми ніколи не знаємо, хто може нам завдати шкоди
- 11 Я повинен бути особливо обережним, тому що ви ніколи не знаєте, що може статися далі
- 12 Я неадекватний
- 13 Якщо я буду думати про цю подію, то ніколи не впораюсь із нею
- 14 Подія сталася тому, що вона завжди трапляється з таким людьми як я.
- 15 Після події мої реакції свідчать про те, що я божеволію
- 16 Я ніколи не зможу знову відчувати нормальні емоції
- 17 Світ небезпечний
- 18 Хтось інший міг зробити так, аби подія не сталася
- 19 Я постійно стаю гіршим, ніж був раніше
- 20 Я відчуваю себе об'єктом, а не людиною

Продовження Додатку Г

- 21 Хтось інший не потрапив би у таку ситуацію
- 22 Я не можу покластися на інших людей
- 23 Я відчуваю себе ізольованим від інших людей
- 24 У мене немає майбутнього
- 25 Я не можу зупинити те погане, що відбувається зі мною
- 26 Люди не такі, якими здаються
- 27 Моє життя зруйноване травмою
- 28 Щось зі мною не так
- 29 Мої реакції після події свідчать про те, що я лузер
- 30 Щось в мені є таке, що притягнуло до мене цю подію
- 31 Я відчуваю, що я більше не знаю себе
- 32 Я не можу покластися на себе
- 33 Зі мною нічого хорошого не станеться

Додаток Д

Таблиця Д.1

Список респондентів

№	ПІБ	ВІК
1	Аліна Д.	20 р.
2	Ольга П.	22 р.
3	Стефанія Р.	29 р.
4	Марина К.	22 р.
5	Вікторія К.	20 р.
6	Олена Д.	38 р.
7	Анна Ф.	35 р.
8	Дар'я З.	21 р.
9	Христина А.	23 р.
10	Кіра М.	21 р.
11	Мілана Щ.	26 р.
12	Катерина Г.	39 р.
13	Уляна Б.	28 р.
14	Діана Л.	22 р.
15	Марія Ц.	20 р.
16	Поліна З.	20 р.
17	Яна С.	20 р.
18	Сергій В.	28 р.
19	Валерій К.	20 р.
20	Олександр Ш.	34 р.
21	Матвій П.	22 р.
22	Роман Р.	44 р.
23	Ростислав П.	40 р.
24	Артем Д.	25 р.

Продовження Додатку Д**Продовж. табл. Д.1**

25	Андрій М.	32 р.
26	Святослав К.	22 р.
27	Іван М.	27 р.
28	Кирило Б.	31 р.
29	Нікіта В.	36 р.
30	Руслан Г.	22 р.