

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

факультет здоров'я людини
кафедра психології та соціології

Т. В. Урявіна

Кваліфікаційна робота
ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ Я-КОНЦЕПЦІЇ
ОСОБИСТОСТІ НА ВИНИКНЕННЯ
ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

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: «Особливості впливу Я-концепції особистості на виникнення
психосоматичних розладів»

Виконала: здобувачка вищої освіти групи ПС-20з

Урявіна Т. В.

Керівник: к. психол. н., доц.

Сербін Ю. В.

Завідувачка кафедри психології та соціології:

д. психол. н., проф.

Бохонкова Ю.О.

Рецензент: д. психол.н., проф.,

професорка кафедри психології

ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний

педагогічний університет

імені Григорія Сковороди

Волженцева І. 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

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
ЗДОБУВАЧКИ ВИЩОЇ ОСВІТИ
УРЯВІНОЇ ТАМАРИ ВІКТОРІВНИ

1. Тема роботи: «Особливості впливу Я-концепції особистості на виникнення психосоматичних розладів».

Керівник роботи: Сербін Ю. В. – к. психол. н., доц., доцент 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 – 82 сторінки (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 вивчення психосоматичних розладів; 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 позитивної Я-концепції особистості.

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.	Сербін Ю. В.– к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології	27.05.2024	09.06.2024
2.	Сербін Ю. В.– к. психол. н., доц., доцент 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 позитивної Я-концепції особистості.	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

Урявіна Т. В.

Керівник роботи:
к. психол. н., доц.

Сербін Ю. В.

РЕФЕРАТ

Текст – 82 с., рис. – 9, табл. – 11, додатків – 5, літератури – 70 дж.

В роботі проведено теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психосоматичних розладів. Описано соціально-психологічні особливості виникнення психосоматичних розладів.

Підібрано психодіагностичні методики та проведено експериментально-психологічне дослідження особливостей впливу Я-концепції особистості на виникнення психосоматичних розладів. Проведено психологічний та статичний аналіз результатів констатувального експерименту.

Розроблено та презентовано практичні рекомендації щодо розвитку позитивної Я-концепції особистості.

Ключові слова: ЕМОЦІЇ, ОРГАНІЧНІ РОЗЛАДИ, ПСИХОСОМАТИКА, ПСИХОСОМАТОЗИ, ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ, САМООЦІНКА, САМОПОВАГА, СТРЕС, ТІЛО, ТІЛЕСНІСТЬ, Я-КОНЦЕПЦІЯ.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ	10
1.1. Аналіз наукової літератури з проблеми вивчення психосоматичних розладів	10
1.2. Психосоматичні розлади як порушення функцій систем внутрішніх органів, обумовлене психогенними факторами	21
1.3. Соціально-психологічні особливості виникнення психосоматичних розладів.....	27
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	34
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПЛИВУ Я-КОНЦЕПЦІЇ ОСОБИСТОСТІ НА ВИНИКНЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ	36
2.1. Особливості впливу Я-концепції особистості на виникнення психосоматичних розладів.....	36
2.2. Дослідження особливостей впливу Я-концепції особистості на виникнення психосоматичних розладів	40
2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту	47
2.4. Практичні рекомендації щодо розвитку позитивної Я-концепції особистості	65
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	76
ВИСНОВКИ	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	81
ДОДАТКИ	89

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Тісний зв'язок тілесного та психічного був предметом зацікавленості ще за часів Гіппократа, Аристотеля, Сократа, Цицерона, ця тема не втратила й своєї актуальності і у наш час, особливо враховуючи, що Україна знаходиться у стані воєнного конфлікту. Але не лише цей чинник робить вагомий внесок у збільшенні випадків хворих психосоматичними розладами, бо такий чинник як стрес завжди присутній у житті кожної людини. Чітко розуміючи чинники, що впливають на той чи інший стан людини можна ефективно вплинути на захворювання, в тому числі психотерапевтичними методами.

Одним із важливих аспектів для вивчення є вплив Я-концепції особистості на виникнення психосоматичних розладів. Негативні прояви Я-концепції, такі як, низька самооцінка, низький рівень домагань, спустошення, віддалення від близьких, відмова від спілкування, приховування проблем, зазвичай роблять людину більш вразливою до впливу соціально-психологічних чинників, що може призвести до психосоматичного розладу. Я-концепція відіграє найважливішу роль у формуванні цілісної особистості.

Психосоматика, самооцінка, самоповага і рівень домагань тісно пов'язані між собою, впливаючи на фізичний і психологічний стан людини.

Я-концепція особистості відіграє важливу роль у розвитку та перебігу психосоматичних захворювань. Це пов'язано з тим, що наше сприйняття себе і ставлення до себе можуть сильно впливати на наше фізичне здоров'я.

Розуміння та управління цими аспектами особистості важливе для підтримки як психічного, так і фізичного здоров'я. Робота над підвищенням самооцінки та самоповаги, встановлення реалістичних цілей і управління стресом можуть допомогти уникнути психосоматичних проблем і сприяти загальному благополуччю.

Саме тому важливою й актуальною є тема розвитку позитивної Я-концепції особистості та розуміння чинників виникнення психосоматичних

розладів.

Об'єкт дослідження - психосоматичні розлади.

Предмет дослідження - особливості впливу Я-концепції особистості на виникнення психосоматичних розладів.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукову літературу з проблеми вивчення психосоматичних розладів.
2. Визначити особливості впливу Я-концепції особистості на виникнення психосоматичних розладів.
3. Провести експериментальне дослідження впливу Я-концепції на розвиток психосоматичних розладів.
4. Здійснити психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту.
5. Розробити практичні рекомендації, спрямовані на розвиток позитивної Я-концепції особистості.

Теоретико-методологічну основу дослідження складала: конверсійна модель виникнення психосоматичних розладів (З. Фройд, Ф. Дойч), теорія осмисленої діяльності "Id" (Г. Гроддек), концепція органних неврозів (Г. Хейер, Е. Вітковер), теорія десоматизації–ресоматизації (М. Шур), теорія двохфазового витіснення (А. Мітчелліх), концепція специфічності особистості відповідно до способу функціональної відповіді (Г. Вольф), концепція неповноцінності органу та її психічної компенсації (А. Адлер), теорія стресу (У. Кеннон, Г. Сельє), теорія синдрому дефіциту задоволеності (К. Блум), концепція специфічності інтрапсихічного конфлікту (Ф. Александер), теорія профілю особистості (Ф. Данбар), теорія алекситимії (П. Сифнеоз), концепція готовності до хвороби (В. Екскуел), теорія життєвих подій (Т. Холмс, Р. Рое), концепція втрати "ключової фігури", втрати значимих для індивіда об'єктів (Г. Енгел, Г. Фрейбергер).

Для досягнення поставленої мети та розв'язання висунутих завдань використано комплекс **методів дослідження:**

– теоретичні: аналіз, синтез, порівняння й узагальнення теоретичних та емпіричних досліджень з проблеми вивчення психосоматичних розладів, а також їх узагальнення, класифікація й систематизація;

– емпіричні: бесіда, спостереження, експеримент (констатувальний), тестування (тест «Хто я?» (М. Кун і Т. Макпартленд), тест-опитувальник самоствалення, шкала самоповаги Розенберга, методика дослідження самооцінки та рівня домагань особистості);

– методи математичної обробки даних.

Теоретичне значення дослідження полягає у використанні системного підходу до вивчення особливостей впливу Я-концепції на розвиток психосоматичних розладів; розкритті та науковому обґрунтуванні концептуальних засад виникнення психосоматичних розладів; виявленні та систематизації змістовних чинників, що визначають формування психосоматичних розладів; визначенні специфіки впливу соціально-психологічних чинників у формуванні психосоматичних розладів.

Практичне значення дослідження. Дані, отримані в ході проведення експериментально-психологічного дослідження, можуть бути використані психологами для розробки й впровадження програм корекції та розвитку позитивної Я-концепції особистості, викладачами для проведення лекційних та практичних занять, здобувачами вищої освіти, а також всіма зацікавленими даною проблемою особистостями.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

1.1. Аналіз наукової літератури з проблеми вивчення психосоматичних розладів

Ще з давніх часів відомо про взаємозв'язок психіки і тіла (сома). Вони поєднані індивідуальним чином, відповідним до неповторності кожної окремої людини, хоча зовнішні детермінанти конкретних змін психічного стану можуть бути дуже подібними. Поведінка особистості значно мірою залежить від глибинних зв'язків, що існують між тілесними та психічними аспектами людської природи, а збереження життя, фізичного і психічного здоров'я людини тісно пов'язане з можливістю свідомого культивування індивідуальної психосоматичної цілісності [52].

Поняття "психосоматика" було впроваджено І. Хайнретом у 1818 році. У широкому розумінні - змістом психосоматичного підходу є протягування психологічних факторів для розуміння, перебігу та кінця соматичних хвороб і фізичних симптомів [11].

Історію становлення уявлень про психосоматичний статус особистості умовно можна поділити на п'ять основних етапів.

Перший етап розвитку розпочинається з давніх часів. Тісний зв'язок тілесного та психічного був предметом зацікавленості ще за часів Гіппократа, Аристотеля, Сократа, Цицерона. Давньогрецькі вчені, розглядаючи людину як єдине ціле, великого значення при її лікуванні надавали впливові на душу. Сократ вважав, що не можна лікувати тіло, не лікуючи душу. Цицерон першим висунув ідею про те що фізичне здоров'я може перебувати під впливом емоційних проявів [52].

Оскільки прадавні мислителі виходили, перш за все, з релігійних уявлень про людину, то й взаємозв'язок між тілесним та психічним одержав

назву "психосоматика" (від грецьк. «psycho» - душа і «soma, somatos» тіло) [52].

В тому, що негативні переживання є першим кроком до більшості захворювань, були переконані й лікарі Стародавнього Китаю та Стародавньої Індії. Китайські майстри вчили, що тіло живе завдяки психіці, а психіка працює завдяки тілу. У Стародавній Індії вважали, що комплекс фізичних, психічних і розумових станів визначає стан здоров'я або навпаки хвороби людини [52].

Другий етап розвитку уявлень про взаємодію тіла та душі має свій початок у XVII столітті.

Французький філософ Р. Декарт відстоював позицію психофізичного субстанційного дуалізму-інтераціоналізму - вчення про те, що свідомість (Я, душа, розум) і тіло - це дві різні за природою субстанції, що дуже тісно взаємодіють [47]. Згідно з цим принципом, душа є суто нематеріальним ресурсом, а тіло матерією, й через це їх слід вважати взаємодоповнюючими, але різними субстанціями [52].

Один із провідних представників філософії Нового часу Б. Спіноза представив концепцію цілісного організму, підкреслюючи, що живі організми переживають тілесні процеси як афекти думки і бажання (трактат "Про походження і природу афектів") [52]. Відчуття задоволення, голландський філософ, називав «приємностями», «веселощами», відчуття незадоволеності - болем, або меланхолією. Б. Спіноза вважав, що від щастя до депресії - одна думка.

Так чи інакше мислителі минулого часу визнавали думку про те, що стан душі має вагомий вплив на стан тіла, а виходячи з цього «здорова» душа - здорове тіло, так само й навпаки, якщо душа страждає, то і тіло буде налаштоване функціонувати на хворобливий лад.

Третій етап приходиться на XIX століття. Цей етап пов'язаний з ім'ям німецького лікаря, психіатра Іоганна Хайнрота, саме він вперше ввів у обіг поняття «психосоматика». У своїх працях "Підручник із душевних розладів"

(1818 р.), "Підручник антропології" (1822 р.) він дав пояснення багатьом соматичним хворобам як психогенним, особливо в етичному аспекті, тим самим на сторіччя випередивши представників психологічної науки в поясненні соматичних симптомів [38]. Такі хвороби, як епілепсія, туберкульоз та ракові пухлини, на думку І. Хайнрота, могли бути спровоковані почуттями сорому, злоби, сексуальної незадоволеності.

Через 10 років М. Якобі ввів поняття «соматопсихічні хвороби» як протилежне, але в той самий час воно доповнює поняття «психосоматичних хвороб» [13]. Тим самим М. Якобі підкреслив провідну роль тілесного в етіології захворювань нервово-психічного характеру [6].

Вже до лікарської лексики терміни «психосоматика» та «соматопсихіатрія» увійшли лише через століття, а саме у 1922 р., увів це поняття австрійський психоаналітик Ф. Дойтч. В його розумінні термін «соматопсихіатрія» трактувався як галузь науки, яка займається захворюваннями, що виникають на його думку під впливом несприятливих психотравмуючих факторів. До таких захворювань відносилися: артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки. Саме 1922 рік можна вважати офіційною датою зародження науки, бо саме у цей рік вперше у медичній літературі було використано термін «психосоматика» [52].

Такі вчені, як Вундт В., Грот Н., Джеймс У., Клаперед Е., Крюге Ф. та ін. також займалися дослідженням проблеми психосоматичного статусу особистості у другій половині XIX ст. У їх дослідженнях вивчалися не тільки емоції, а й вплив емоційних змін на тілесні зміни людини (рівень їх здоров'я) та роботу різних органів [53].

IV етап розвитку уявлень про психосоматичний статус особистості припадає на першу половину XX століття. Цей етап дуже часто пов'язують з ім'ям З. Фрейда, психоаналітичну концепцію почали широко використовувати для пояснення причин різних захворювань. Якщо розглядати психосоматику з точки зору психоаналізу, то психосоматика є дослідженням того, як психічні

процеси, включаючи неусвідомлювані емоції, думки, конфлікти, можуть проявлятися через фізичні симптоми.

У 1907 р. К. Г. Юнг проводить дослідження соматичних реакцій відповідей на зміни емоційного стану та встановлює тісний взаємозв'язок між станом здоров'я особи та вектору (піднесеного чи пригніченого) її емоцій; психічних особливостей людини та її тілесних характеристик. Тим самим він збагатив уявлення про психосоматику виявленням не лише реактивного фізичного стану, а й наявності стійких соматичних утворень внаслідок відповідної психічної діяльності [52].

У 1908 р. дрезденський лікар і психоаналітик Штегман уперше описав у психоаналітичній парадигмі випадки бронхіальної астми у дітей. У 1913 р. психоаналітик П. Федерн оплібукував доповідь про успішне лікування хворого на астму за допомогою методів психоаналізу [14].

Угорський психоаналітик Ш. Ференці на тлі проблем, таких як неврози та психопатології, що були наслідками участі у бойових діях Першої світової війни, запропонував у 1910 р. термін «соматичної конверсійної істерії». Проявляється конверсійна істерія у таких соматичних симптомах, як параліч кінцівок, втрата чутливості на окремих ділянках шкіри, непритомності, судомних нападах, істеричному кашлі, неможливості ковтати і т. п.

У ході досліджень Г. Хейера та Е. Вітковера, з застосуванням гіпнозу, було виявлено декілька специфічний вплив психічних подразників і уявлень на соматичні функції, наприклад на діяльність шлунка і жовчного міхура.

В. Вайцзаккер пішов шляхом клінічного вивчення впливу емоцій на функції організму. Він встановив, що в розвитку хвороби існують певні закономірності, насамперед, захворювання розвивається не в будь-який момент, але за наявності особистісної кризи психологічного генезу [52]. В. Вайцзаккер у вченні про хвороби передбачає «медичну антропологію» - хворобам тіла надається якийсь сенс у житті людини.

У своїй концепції "кола образів" («Gestaltkreis») він зауважує, що "організм має суб'єктивний характер уже на рівні біологічних і фізіологічних

процесів, тому фізіологічні процеси слідуєть законамірностям, які мають значення для міжособистісних відносин" [11].

У 1935 році В. Вайцзаккер провів психосоматичні дослідження тонзиллярної ангіни (гострий тонзиліт), нецукрового діабету, пароксизмальної тахікардії.

У зв'язку з поширенням в 30-х роках ХХ ст. фашизму в Європі значна кількість психоаналітиків емігрували до США, де за їх сприяння була створена Американська психосоматична спілка, яка з 1934 р. почала публікувати перший у світі суто психосоматичний журнал «Психосоматична медицина» [52]. З 1956 р. у Німеччині починають видавати «Журнал психосоматичної медицини та психоаналізу».

Істинним засновником психоаналітичної трактовки психосоматичної проблеми є Ф. Александер. Він вивчав роль психічних факторів в етіопатогенезі фізіологічних розладів, надаючи особливу роль психодинамічному конфлікту [11]. Емоційні конфлікти, які принципово впливають на внутрішні органи, що пов'язує специфіку психосоматичного захворювання з типом емоційного конфлікту, при цьому емоційне напруження не може подавлятися, оскільки зберігаються вегетативні зміни, що його супроводжують [15].

У 30-х рр. ХХ ст. Ф. Александер організував дослідницький проект щодо вивчення впливу стресогенних психічних реакцій на низку фізичних захворювань (хвороб шлунковокишкового тракту, гіпертонії, астми, артриту та ін.) [52].

Георг Гродек (1917), у якого З. Фройд пізніше запозичив термін «Воно» для позначення сфери неусвідомлюваних інстинктів, пояснював всі психосоматичні симптоми вираженням витіснених високоспецифічних думок і фантазій. При цьому внутрішні органи не призначені для вираження деталей психічного стану, вони не реагують на специфічні думки, а тільки на загальний емоційний стан, тому не можуть зняти емоційної напруги [52].

Ш. Ференці, угорський лікар, один із послідовників і учнів З. Фрейда,

розробив концепцію "символічної мови органів", згідно з якою хвороба це трансформація нереалізованої сексуальної енергії у порушення функцій вегетативних систем за механізмом істеричної конверсії відповідно до фантастичної еротичної символіки [11].

У 1935 році Фландерс Данбар, яку називають «матір'ю психосоматики», описала диференційовані особистісні профілі при різних соматичних захворювань. У 1948 році побачила світ її книга "Огляд психосоматичної діагностики та лікування", що пропонувалася як своєрідний «путівник» для лікарів, що практикуються у галузі психосоматичної медицини.

У 1955 р. М. Шур висунув теорію «десоматизації – ресоматизації», що пояснює виникнення психосоматичних симптомів (гіпертонії і т. п.), як результат порушення підсвідомого реагування на конфлікти через «ресоматизацію» - повернення, «фізіологічну регресію» до існуючих в дитячому віці примітивних соматовегетативних реакцій, котрі при тривалому несприятливому впливі призводять до маніфестацій захворювання [8]. Тобто у процесі росту і розвитку людина відходить від вираження психічних станів тілом (тілесних реакцій) - десоматизація.

Німецький психоаналітик і психіатр Гюнтер Аммон, один із творців і лідерів динамічної психіатрії у своїх наукових роботах розглядав конструктивну агресію, її зв'язок з ЕГО-структурою і психосоматичною патологією. Сутність його теорії полягає в тому, що психосоматичний симптом не є результатом витіснення інстинктивних спонукань, а виникає як наслідок порушення стосунків із навколишнім світом, яке формуються ще в ранньому дитинстві, а потім закріплюються під тиском стресорів в дорослій особистості [11].

Науковці вказували на схожість психозів і психосоматичних захворювань, підкреслювали, що модель деформації "Я", яка запускає органічні хвороби, задана у патологічній деформації "Я" раннього дитинства, в генезі якого провідну роль відіграє мати. На психосоматичний симптом, як результат ресоматизації функцій "Я" вказують Х. Хартман, Д. Раппапорт [11].

Фізіолог В. Кеннон, розвиваючи знання щодо впливу емоцій на органічні процеси виявив, що екстремальні ситуації готують організм до боротьби або втечі. Така підготовка відбувається і тоді, коли участь у подіях є виключно емоційною, тобто емоційні стани активізують фізіологічні функції, які є необхідними для підготовки організму до складної, «стресової» ситуації [11].

В. Кеннон описуючи фізіологію емоцій, відмічає, що під впливом емоцій рівень цукру в крові зростає, підвищується частота серцевих скорочень та артеріальний тиск, що доводить прямий вплив емоцій людини із роботою її соматичних систем [7].

У психоаналізі зберігається тенденція розглядати психосоматичну хворобу як вираження хвороби структури "Я". Індивідуум із психосоматичною хворобою не може адекватно реагувати на складнощі в соціальній ситуації, втікаючи при цьому у фальшиву ідентичність, прагнучи відійти від актуального запитання: "Хто Я?", індивід шукає відповідь на запитання: "Що зі мною?", замінюючи запитання про власну ідентичність запитанням про симптом, яким є інтерналізований образ матері раннього дитинства [11].

Психоаналіз зробив великий вплив на розвиток психосоматичної медицини, психоаналітичне вчення про розвиток особистості, про психологію конфліктів, про неусвідомлені мотивації дало новий імпульс психосоматиці не тільки як вченню, а й як і методу лікування.

Повертаючись до історичних етапів становлення уявлень про психосоматичний статус особистості, перед переходом до п'ятого етапу вже можна виокремити основні теорії та концепції, що склалися. Упродовж I половини XX ст. виокремилися три відносно самостійні школи (напрями) наукових досліджень проблеми психосоматичного статусу особистості: західноєвропейська (переважно, німецька), радянська та американська, кожна із них ґрунтувалася на певних теоретичних та методологічних засадах, що дозволяє запропонувати наступну типологію відповідних концепцій [52]:

1. Психоаналітичні – конверсійна модель З. Фрейда, О. Феніхеля (переведення неприємного уявлення в соматичну сферу); концепції конверсії Ф. Дойча; "осмисленої діяльності "Id" Г. Гроддека; "органичних неврозів" Г. Хейера та Е. Вітковера; "десоматизації ресоматизації" М. Шура; "двохфазового витіснення" А. Мітчерліха та ін.

2. Психофізіологічні - теорія умовних рефлексів І. П. Павлова, а також концепціями "специфічності особистості відповідно до способу функціональної відповіді" Г. Вольфа, "неповноцінності органу та її психічної компенсації" А. Адлера, "вегетативного супроводу емоцій", теорія стресу В. Кеннона, Г. Сельє; синдром дефіциту задоволеності К. Блюма.

3. Психодинамічні - "специфічності інтрапсихічного конфлікту" Ф. Александера, "профілю особистості" Ф. Данбар, "акцентуваної особистості" К. Леонгарда, алекситимії П. Сіфні, "готовності до хвороби" В. Екскуелла, "життєвих подій" Т. Холмса та Р. Рое, втрати "ключової фігури" Г. Енгела, "втрати значимих для індивіда об'єктів" Г. Фрейбергера та ін [52].

V етап - від 60-х років ХХ ст. і до нашого часу.

1962 рік - концепція втрати "ключової фігури" Г. Енгела та концепція "втрати значущих для індивіда об'єктів" Г. Фрейбергера (1976 р.), переживання втрати об'єкта, як наслідок - розвивається депресія з почуттями відмови від боротьби та покинутості. Концепції ґрунтуються на клінічних спостереженнях, що психосоматичні захворювання досить часто розвиваються невдовзі після втрати найбільш значущої людини [52].

1963 рік - концепція готовності до хвороби В. Екскуелла (1963 р.). Суть цієї концепції полягає у тому, що під впливом стресових впливів відбувається перехід психоемоційної готовності в готовність тілесну, якщо мета тілесної готовності не досягається, перенапруження стає хронічним, а відповідний орган - пошкоджується, наприклад, при тривалій підвищеній секреції шлункового соку можливе виникнення виразки шлунку [53].

1967 рік - теорія життєвих подій Т. Холмса та Р. Рое. Теорія ґрунтується на визначенні рівня стресу й відповідної ймовірності розвитку

психосоматичного розладу. Стресовою або травмуючою життєвою ситуацією автори називали таку, що ставить перед людиною нерозв'язані проблеми [52]. Вони розробили шкалу, в якій кожній важливій, стресогенній події відповідає своя кількість балів. Т. Холмс і Р. Рое відповідно до проведених досліджень встановили, що 150 балів це 50 % імовірності виникнення певного захворювання, якщо показники становлять 300 балів, то імовірність збільшується до 90 % [52].

У 1967 році німецький психоаналітик А. Мітчерліх запропонував модель двохшелонної лінії оборони, що призводить до виникнення психосоматичних розладів: 1) спочатку зріла особистість намагається впоратися з конфліктом на психосоціальному рівні (соціальна взаємодія через обговорення відповідних проблем та конфліктів) або застосовує класичні механізми психологічного захисту, такі як витіснення, регресія, ігнорування, проекція, сублімація тощо; 2) на другому етапі з'являються патологічні захисні механізми (депресії, нав'язливі думки, фобії та т. п.), які призводять до невротичного розвитку особистості чи соматизації (виразка шлунку, виразковий коліт тощо) [52].

1970 рік - М. Франкенхойзер, взявши за основу теорію емоцій В. Кеннона, запропонував концепцію "вегетативного супроводу емоцій". Згідно з цією концепцією негативні емоції, готують організм до максимально-інтенсивної м'язової активності, що є необхідним для виживання організму. Цей механізм людина успадкувала в процесі еволюції, але для сучасної людини він став проблемою: в більшості ситуацій сучасності ні фізична агресія, ні втеча не допомагають у вирішенні проблем. Людина внутрішньо напружується, ніби готується до дії (підвищується артеріальний тиск, збільшується частота ударів пульсу, напружуються м'язи та ін.), проте жодної дії не відбувається, при цьому фізіологічні зрушення, які вегетативно забезпечують невідраговані емоції, залишаються та з часом можуть стати хронічними і привести до формування психосоматичних розладів [53].

1973 рік - П.Сіфнеоз ввів термін «алекситимія» (грец. а - заперечення, lexis - слово, thyme - почуття), дослівно - нездатність людини вербально

виражати емоції, пережиті нею або іншими людьми, «відсутність або недостатність слів». Алекситимія визначається такими когнітивно-афективними особливостями: виражена дисфункція емоційного усвідомлення та опису власних почуттів; складністю визначення відмінностей між почуттями та тілесними відчуттями; зниженням здатності до символізації та, внаслідок цього, бідністю фантазії та інших проявів уяви; фокусуванням більшою мірою на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях [52].

В Україні психосоматична медицина як науковий напрямок стала активно розвиватися на початку 90-х років ХХ століття. Це, в основному, стосується лікарів та науковців, які працюють у сфері психіатрії, психології та невропатології. Об'єктом їхньої уваги постають саме психосоматичні розлади – психогенно або переважно психогенно зумовлені порушення функції внутрішніх органів та/або систем організму [15].

Розвиток психосоматики в Україні пройшов через декілька етапів, кожен з яких відображав загальні тенденції в науці та медицині, а також особливості українського суспільства. Ось основні віхи цього процесу:

1. Початковий етап (до 20-х років ХХ століття)

На початковому етапі психосоматичні розлади не розглядалися як окрема наукова дисципліна. Однак, деякі лікарі та вчені звертали увагу на взаємозв'язок між психічними і фізичними станами.

2. Формування дисципліни (20-50-ті роки ХХ століття)

В цей період українські лікарі та психіатри почали систематично вивчати психосоматичні розлади.

3. Розвиток науки (60-80-ті роки ХХ століття)

У радянський період психосоматична медицина почала набувати рис окремої галузі. Лікарі почали більше уваги приділяти психологічним аспектам хвороб. В Україні з'явилися науково-дослідні інститути, які займалися проблемами психосоматики. Проводилися клінічні дослідження, розроблялися нові методи діагностики та лікування.

4. Сучасний етап (з 90-х років ХХ століття до сьогодення)

Після здобуття незалежності в Україні почалося активне інтегрування в світову наукову спільноту. З'явилися нові можливості для міжнародної співпраці, обміну знаннями та досвідом. Сучасні українські вчені продовжують дослідження в галузі психосоматики, розробляючи нові методи лікування та діагностики. Акцент робиться на міждисциплінарний підхід, який включає як медичні, так і психологічні аспекти.

І. І. Сікорський (1842-1919), його роботи мали значний вплив на подальші дослідження психосоматичних розладів. Він був одним з перших, хто досліджував зв'язок між психічними та фізичними станами.

Л. І. Медведєв (1915-1998) - психіатр і невропатолог, який багато працював над вивченням впливу стресу на соматичні захворювання. Його дослідження в галузі нейрофізіології та психосоматики мали важливе значення для розвитку медицини в Україні.

М. М. Амосов (1913-2002) - видатний український хірург і вчений, який також досліджував психосоматичні аспекти медицини. Амосов розробив комплексний підхід до лікування хвороб, включаючи фізичні та психологічні фактори. Він підкреслював важливість психічного стану пацієнта в процесі лікування.

На сьогоднішній день розвиток психосоматики в Україні продовжується. Вчені працюють над поглибленням розуміння механізмів, які лежать в основі психосоматичних розладів, розробляють нові терапевтичні підходи та методики, а також впроваджують інновації в клінічну практику.

Таким чином, психосоматика в Україні пройшла довгий шлях від поодиноких досліджень до формування окремої наукової дисципліни, яка постійно розвивається і інтегрується в світову наукову спільноту.

Проблема психології соматичної хвороби завжди розглядалася у двох аспектах: по-перше, з точки зору впливу психічних факторів на соматичну сферу людини і по-друге, впливу соматичних факторів на психіку хворого [44].

З того, що сказано вище можна зробити висновок, що всі запропоновані концепції розвитку психосоматичних захворювань походять із суто психологічних чи з фізіологічних передумов. Між тим, психосоматичні розлади характеризуються саме поєднанням тих та інших чинників у своєму генезі [31].

1.2 Психосоматичні розлади як порушення функцій систем внутрішніх органів, обумовлене психогенними факторами

Психосоматичні розлади - це вторинні функціональні й органічні розлади внутрішніх органів і систем, першопричиною виникнення і загострення яких є психогенні чинники - емоційне напруження, зокрема, емоційні стреси, конфлікти, кризові стани. Стреси та інші психогенні чинники сприяють розвитку різноманітних патологій - від карієсу до злоякісних пухлин. Серед найпоширеніших психосоматичних захворювань фахівці виділяють гіпертонічну хворобу, виразкову хворобу шлунку, бронхіальну астму, ревматоїдний артрит, нейродерміт, тиреотоксикоз, інфаркт міокарда, мігрень тощо [48].

Холлідей указував, що хворобу тільки в тому разі можливо назвати психосоматичною, якщо в ній чітко простежується вплив емоційного фактора на фізичний стан [11].

Більшість фахівців використовує класифікацію, що поділяє всі психосоматичні розлади на чотири великих групи, така класифікація була запропонована Б. Любан-Плоцци, В. Пельдингером та Ф. Крегером:

1. Конверсійні розлади - символічне вираження невротичного (психологічного) конфлікту. Тіло в цьому випадку служить, наче, сценою символічного вираження суперечливих почуттів хворого, котрі придушені і витіснені в несвідоме [44]. Такі розлади характеризуються різноманітною симптоматикою і здатні імітувати різні захворювання. До симптомів

відносяться: паралічі і парези; гіперкінези (нав'язливі рух, посмикування); неприємні відчуття в тілі (гіпестезії, парестезії, анестезії та ін.); епілептичні випадки; нездатність стояти і ходити; психогенна сліпота або глухота.

2. Психосоматичні функціональні синдроми - виникають частіше при неврозах. На відміну від психогенної конверсії, окремі симптоми тут не мають специфічного символічного значення, а є неспецифічним наслідком тілесного (фізіологічного) супроводу емоцій чи психічних станів. Зокрема, деякі варіанти ендогенних і невротичних депресій часто імітують соматичне захворювання, «маскуються» під нього [44]. Біль може супроводжуватися занепокоєнням, страхом, депресією, безсонням, втомою.

3. Психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями емоційно-особистісного реагування і поведінки - схильність до травм та інших саморуйнівних видів поведінки (алкоголізм, наркоманія, куріння, переїдання з ожирінням і інші). Ці розлади зумовлені особливостями особистості і її переживань, що приводить до поведінки, результатом якої є порушення здоров'я [44]. Найбільш поширені симптоми: періодичні болі без чіткої локалізації; випадання волосся; втрата ваги; диспепсичні розлади; панічні атаки; анорексія.

4. Психоматичні розлади (психоматози) характеризуються органічними соматичними станами, що викликані дією психогенних факторів. В їхній основі лежить первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановленими патологічними змінами в органах. Перші прояви психосоматозів виникають у будь-якому віці, але частіше вони починають фіксуватися вже в ранній юності в осіб з виразними і постійними особистісними характеристиками. Після демонстрації захворювання набуває хронічний чи рецидивуючий характер, вирішальним провокуючим фактором виникнення чергових загострень є психічний стрес. Функціональні порушення внутрішніх органів на більш пізніх етапах хвороби приводять до органічних змін і захворювання набуває рис типового соматичного, фізичного страждання [44].

Психосоматичні розлади виникають через складні взаємодії між психічними та фізіологічними процесами. Основними механізмами є:

- Гіперактивація симпатичної нервової системи - тривалий стрес призводить до постійного підвищення рівня адреналіну та кортизолу, що негативно впливає на серцево-судинну систему, імунітет та метаболізм.

- Психонейроімунологічні зміни - стрес впливає на функціонування імунної системи, що може призводити до запальних процесів та порушення регенерації тканин.

- Психоендокринні порушення - зміни в рівні гормонів, зокрема кортизолу, можуть впливати на різні системи організму, включаючи шлунково-кишковий тракт та репродуктивну систему [48].

Ф. Александер запропонував список семи класичних соматичних захворювань (“holy seven”, або “чикагська сімка”):

- 1) есенціальна гіпертензія;
- 2) бронхіальна астма;
- 3) виразкова хвороба дванадцятипалої кишки і шлунку;
- 4) неспецифічний виразковий коліт;
- 5) нейродерміт;
- 6) ревматоїдний артрит;
- 7) гіпотиреоз і гіпертиреоз [48].

Близько до вищезначених захворювань розташовуються й такі як: ішемічна хвороба серця, міома матки та деякі інші.

Відправним пунктом психосоматики вважаються вперше проаналізовані З. Фройдом конверсійні симптоми. 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 виявляється в порушенні функції якогось органу. Звідси вираз «конверсійна істерія». Грунтуючись на дослідженнях З. Фрейда, Франц Александер запропонував термін «вегетативний невроз», симптоми якого є не спробою виразу пригніченого почуття, а фізіологічним супроводом певних

емоційних станів (викликаних зокрема внутрішніми конфліктами) [9].

Виразкову хворобу дванадцятипалої кишки і шлунку можуть викликати найрізноманітніші причини, такі як стрес, нічна праця, безсвідомі внутрішні конфлікти. На думку Ф. Александера таке захворювання, характеризується типовою неусвідомленою конфліктною ситуацією, що розвивається у різних особистостей і потім може набувати домінуючого значення в житті цих людей. Витіснена під впливом «супер-Я» потреба в емоційній прихильності мобілізує шлункову секрецію [9].

Неспецифічний виразковий коліт є важким запальним ураженням товстої кишки з болем у животі, проносом, часто з сильними кров'янистогнійними виділеннями. Подібне захворювання, що уражає, головним чином, тонкий кишківник, називається хворобою Крона - психосоціальні проблеми, дистрес, пригнічений настрій, навіть невзаємна закоханість нерідко передують початку і рецидивам цієї хвороби (термінальний ілеїт) [48].

Бронхіальна астма є дуже поширеною хворобою серед дітей. Це хронічне запальне захворювання дихальних шляхів легень для якого характерні напади задухи, що виникають в результаті спазму дрібних бронхів. Психоаналітики вважали, що найбільш специфічний психологічний конфлікт концентрується навколо спілкування з ключовими фігурами життя, наприклад, порушений первинний зв'язок «мати - дитина». Внаслідок такого порушення у маленької дитини виявляється в подавленні імпульсу плачу (крику), що в подальшому призводить до бронхіальної астми [9].

Хронічне ревматоїдне запалення суглобів (артрит) - це автоімунне захворювання, виявляють вплив такі психічно напружені ситуації, як кризи в міжособистісних взаєминах, дистрес, депресія, гнівливність. Особливе значення для формування артритних захворювань має підвищений м'язовий тонус у близьких до суглобів групах м'язів, м'язовий тонус тісно пов'язаний з міжособистісною комунікацією, яка інтеріоризується у внутрішній конфлікт і напруженість. Отже, конфлікт переміщується в руховий апарат і стає одним з чинників ревматичних розладів [9]. Ф. Александер вважав, що причинами

виникнення артриту є розчарування і брак любові.

Нейродерміт – це шкіряне захворювання, яке в психосоматичному плані розглядається як вираження порушень відносин з матір'ю. Пацієнти з нейродермітом характеризуються прагненням до фізичного контакту, що подавлюється стриманістю батьків. Шкіра - це фокус прояву внутрішніх конфліктів [9]. Проте питання, чи беруть участь у виникненні нейродерміту психічні фактори, досі вважається спірним. Більш вірогідно, що зміни на шкірі дитини впливають на те, як поводить себе мама з цією дитиною. Це вторинно призводить до появи психічних змін, які, в свою чергу, можуть впливати на перебіг захворювання. Способи лікування хронічної екземи, які б унеможливили повернення симптомів, до цього часу невідомі [48].

Есенціальна гіпертонія - підвищений артеріальний тиск при відсутності очевидної причини його підвищення. Ф. Александер пояснював, якщо пригнічуються можливості конкурентних і агресивних вчинків, то наслідком цього є тривалий стан збудження симпатико-адреналінової системи. Ці вегетативні симптоми є результатом не усуненого симпатичного збудження, яке триває тому, що не відбувається завершення адекватної реакції боротьби чи втечі. Основними параметрами особистості, схильної до есенціальної гіпертонії, вважається інтерперсональна напруга між агресивними імпульсами, з одного боку, і почуттям залежності, з іншого [9]. Есенціальна гіпертензія посідає одне з провідних місць серед прогресуючих серцево-судинних захворювань. Останнім часом кардіологи все більше звертають увагу на психогенні фактори ризику та їх зв'язки з соматичними факторами розвитку гіпертензії. У пацієнтів із есенціальною гіпертензією встановлено високий рівень нейротизму та посилене реагування на стрес, порівняно з групою здорових людей [28].

Гіпотиреоз і гіпертиреоз - це стан, за якого організму не вистачає тироксину - гормону щитоподібної залози (гіпотиреоз), або навпаки щитовидна залоза виробляє занадто багато гормонів (гіпертиреоз).

З точки зору психосоматики, захворювання щитовидної залози пов'язані

із здатністю активізувати життєві процеси і прискорено зростати (гіпертиреоз); або ж сповільнюватись і уникати перевантажень (гіпотиреоз). Наслідком збільшеної секреції тиреоїдних гормонів є руховий і душевний неспокій, легка збудливість, дратівливість, підвищений рівень діяльності індивіда, але насправді за відповідальністю та працьовитістю приховується страх. Провідний симптом гіпотиреозу - уповільнення психічних реакцій, характерні незацікавленість, безініціативність у повсякденній діяльності та соціальному житті, стомлюваність, порушення пам'яті, сонливість, мерзлякуватість тощо [46].

Ф. Александер визначив послідовну реактивність тіла і психіки за гіпертиреозу: постійна загроза почуття безпеки в ранньому дитинстві; тривалі зусилля, що спрямовані на прагнення до передчасної самодостатності та надання допомоги оточуючим людям; неуспіх у прагненні до самодостатності та в допомозі оточуючим; недосяжність власних бажань.

Наявність тільки одних інтрапсихічних конфліктів ще не зумовлює виникнення хвороби, до уваги потрібно брати також фізіологічне підґрунтя - вразливість певних органів (конституційна чи набута в ранньому віці). Науковці вважають, що існує й третя умова - пусковий механізм - ситуація - прискорювач. Людина зі специфічною вразливістю органу і характерним інтрапсихічним конфліктом захворіє відповідною хворобою лише в тому випадку, коли випадковий поворот подій в її житті мобілізує її центральний конфлікт, призводячи до руйнування психічного захисту організму [9].

Розуміння ролі емоційного фактора у виникненні та прогресуванні соматичних розладів, а також протилежний процес - виникнення розладів психоемоційної сфери як відповідь на гостре чи хронічне захворювання внутрішніх органів, набуває особливої важливості на сучасному етапі, коли відбувається збільшення частоти межових нервово-психічних розладів у всьому світі, це пов'язано з рядом факторів: урбанізацією, зміною темпу та способу життя людей, зростанням соціального напруження, воєнними конфліктами тощо [15].

Наприклад, хронічний стрес може спричиняти зміни в ендокринній та імунній системах, що, в свою чергу, підвищує ризик розвитку серцево-судинних захворювань, гастроінтестинальних розладів та навіть онкологічних процесів. У свою чергу, пацієнти з діагностованими соматичними захворюваннями часто страждають від депресії, тривожних розладів, що значно ускладнює лікування основного захворювання та знижує якість життя.

Крім того, важливим аспектом є профілактика психоемоційних розладів у здорових людей, які можуть потрапити в зону ризику через соціальні, економічні та екологічні фактори. Популяризація здорового способу життя, фізичної активності, здорового харчування, а також навчання методам управління стресом може значно знизити рівень нервово-психічних розладів у суспільстві.

Не менш важливою є роль суспільних та державних інститутів у підтримці психічного здоров'я населення. Це включає розробку та реалізацію програм психічного здоров'я, доступність до психологічної допомоги, соціальну підтримку вразливих верств населення, а також створення умов для зменшення соціального напруження та конфліктів.

Таким чином, розуміння та врахування емоційного фактора у виникненні та прогресуванні соматичних розладів, а також взаємодії між психоемоційною та соматичною сферами, є критично важливим. Це дозволить покращити якість медичної допомоги, підвищити ефективність лікування та профілактики захворювань, а також сприяти загальному поліпшенню здоров'я населення.

1.3 Соціально-психологічні особливості виникнення психосоматичних розладів

У будь-якої людини в житті відбуваються ті чи інші труднощі, з якими вона бореться, але не кожні труднощі, внутрішньоособистісні або

міжособистісні конфлікти, відчуття кризи неодмінно приводять до психосоматичних розладів. Для однієї людини це просто якась не дуже гарна подія, кризова ситуація, а для іншої ця подія може стати майже кінцем світу, усі люди по різному пропускаємо ситуації через призму свого світогляду.

Психосоматичні розлади є також наслідком неправильного соціального розвитку особистості, хибного психологічного сприйняття нею навколишнього соціуму і соціально-психологічної її дезадаптації - об'єктивних детермінант майбутніх психосоматичних розладів [27].

В аналітичних дослідженнях основних психічних причин, що викликають органічні захворювання відзначають:

- сильні стреси, які людина переживає індивідуально;
- внутрішньо-психічний конфлікт (між свідомим і несвідомим, між хочу – можу – повинен);
- суб'єктивна мотивація - хвороба вигідна, щоб отримати любов, увагу, турботу близьких людей;
- самонавіювання на основі ототожнення: коли в близькому колі людей є хворий на певне захворювання;
- нав'язливий страх певної хвороби актуалізує її ймовірність;
- самопокарання на основі загостреного почуття провини;
- болісний досвід минулого-психічні травми дитинства зберігаються тілесною пам'яттю у вигляді хвороб;
- алекситимія - нездатність людини виражати власні емоції, почуття, переживання, які намагаються вийти у вигляді больових відчуттів, різних хвороб [4].

Розглядаючи соціально-психологічні особливості виникнення психосоматичних розладів, слід також розглядати особливості самої особистості та її міжособистні відносини, соціальну взаємодію. Ф. Александер пов'язував виникнення деяких психосоматичних хворіб саме з взаємодією з матір'ю у ранньому дитинстві. Він вважав, що у багатьох астматиків як повторюваний мотив у їхньому житті виявляється історія материнського

відкидання. Дж. Холлідей вважав, 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 [48].

Т. Холмсом зі співробітниками вивчали реакцію людини на загрозу і конфлікт. Автори на базі клінічних і експериментальних спостережень встановили, що пониження, фрустрація, неприязнь можуть викликати назальні реакції у вигляді почервоніння слизової носа, помітної припухлості носових ходів, рясних виділень і закупорки. На основі цих досліджень (і безлічі інших) можна чітко сказати, що ті емоції, які людина відчуває, прямо і безумовно впливають на тіло, але тільки назальними реакціями це не обмежується [13].

Останні кілька років відмічається зростання частоти виникнення психосоматичних розладів у дітей. Це обумовлено по-перше, негативним впливом деструктивних соціальних факторів, до психосоціальних факторів належать й патологічні стилі виховання. Стиль сімейного виховання – це сукупність батьківських стереотипів, що впливають на дитину. У стилях сімейного виховання було виділено 5 таких відхилень: гіпопротекція, домінуюча гіпопротекція, потуральна гіпопротекція («вихованням кумира сім'ї»), стиль «емоційне відкидання», стиль сімейного виховання «підвищена моральна відповідальність» [54].

Психологічний або емоційний стрес є комплексною реакцією людини на особливості взаємодії між особистістю та навколишнім світом. Сюди входять як і первинні емоційні та поведінкові реакції на екстремальні дії біологічного чи соціального середовища, так і фізіологічні механізми, що лежать в їх основі. Психологічні механізми реалізуються головним чином на соціально-психологічному рівні (міжособистісні відносини, соціальна взаємодія) і психологічному рівні (особливості особистості та актуального психічного стану) [19].

Первинну концепцію стресу було запропонованою Гансом Сельє. Вона була революційною для науки середини ХХ століття, бо до появи робіт цього автора вважалося, що реакція організму на холод і тепло, рух і тривале знерухомлення діаметрально протилежні, проте Г. Сельє вдалося довести, що у всіх цих випадках кора надниркових виділяє одні й ті ж «антистресові» гормони, що допомагають організму адаптуватися до будь-якого стресора, виходячи з цього, автор концепції назвав цей феномен адаптаційним синдромом, або стресом [50]. На відміну від американського фізіолога, професора Гарвардського університету Уолтера Кеннона, Сельє «поставив на п'єдестал» не тільки адреналін і норадреналін, але і кортикостероїди [16].

Американський психолог Річард Лазарус трактує стрес як реакцію взаємодії між особистістю і навколишнім світом, опосередковано оцінену індивідом (Folkman S., Lazarus R., 1984), в цьому випадку характер та вираженість психосоматичних розладів визначаються структурою особистості, її системою цінностей, мотиваціями і здібностями.

Певні особистісні особливості індивіда грають неостанню роль у виникненні психосоматичних розладів. Ф. Данбар стверджувала, що емоційні реакції на проблемні життєві ситуації є похідними від структури особистості хворого [3].

Ф. Данбар, маючи значний клінічний досвід роботи в громадській клініці та спостерігаючи за пацієнтами, запропонувала підхід до психосоматичної класифікації хворих за профілями особистості, в основі якого покладена думка про те, що пацієнти з одним діагнозом мають схожі особистісні властивості, які власне і є поштовхом до виникнення захворювання, дослідниця також наголошувала й на значимості анамнестичних даних (частота виникнення симптомів чи рецидив хвороби, травматизація як самого пацієнта, так і його рідних, кількість розлучень, втрата батьків, родинні стосунки, історії минулих хвороб, операції, соціальне становище, освіта та інтелектуальні задатки) [32].

Данбар були виділені коронарний, гіпертонічний, алергічний і схильний

до пошкоджень типи особистості:

Для коронарного типу особистості (людей, які схильні до розвитку у них серцево-судинної патології) характерна підвищена агресивність, жорстокість, дратівливість, прагнення завжди бути лідером і переможцем, змагальність, нетерпіння, ворожість по відношенню до інших. Провідною причиною серцевих розладів у «коронарної» особистості Ф. Данбар вважала придушення в силу соціальної чи емоційної заборони емоції гніву [48].

Для гіпертонічного типу особистості властиві підвищене безглузде почуття провини за власні ворожі імпульси, виражена потреба в схваленні з боку оточуючих, особливо - авторитетних або керівних осіб [48].

У структурі алергічного типу особистості часто зустрічаються такі риси, як підвищена тривожність, незадоволена потреба в любові і захисті, конфліктне поєднання прагнення до залежності і незалежності, підвищена сексуальність [48].

Концепція Ф. Данбар була модифікована в теорію «хворого суспільства» (Е.Фромм, Дж. Холлідей). Дж. Холлідей виділяє дві причини виникнення психосоматичного розладу: структура особистості та її соціальне оточення. Він вважав, що саме порушення одного або декількох базових патернів соціальної взаємодії: сімейного, ігрового, гендерного, релігійного, економічного, професійного, політичного - є пусковим механізмом хвороби. Відповідно до цієї теорії необхідно проводити комплексне дослідження не тільки профілю особистості, а й контексту соціальної взаємодії хворої дитини [48].

Психологи виокремлюють цілу систему об'єктивних і суб'єктивних психологічних чинників, що призводять у майбутньому до психосоматичних розладів особистості. Об'єктивні чинники - це ті, які не залежать від волі індивіда і які об'єктивно породжують складні умови соціально-психологічного виживання і стійкості. Наприклад, важка соціально-економічна ситуація в країні, в сім'ї, в житті індивіда, що призводить до воєн, економічних криз, сімейного та індивідуального безгрошів'я, стреси у сфері професійної

діяльності: ненормований робочий день; професії підвищеного ризику (міліція, військові); професії, пов'язані з високим рівнем емоційної напруги (лікарі, педагоги, психологи), специфіка взаємовідносин у батьківській сім'ї, що проявляється у вигляді неповної або дисфункціональної сім'ї. До суб'єктивних чинників порушення психічного здоров'я, психологи відносять особливості темпераменту, особистісні характеристики суб'єкта, з яких складаються специфіка його взаємовідносин із навколишнім середовищем і способи реагування на прояви цього середовища як у загальних, так і приватних, застосовних до даного суб'єкта, випадках [27].

Вплив урбанізації та соціальних змін. Урбанізація супроводжується високим рівнем стресу, що обумовлений швидким темпом життя, перевантаженістю інформацією, шумом та забрудненням навколишнього середовища. Люди, які живуть у великих містах, частіше стикаються з соціальною ізоляцією, відсутністю підтримки з боку родини та друзів, що створює сприятливі умови для розвитку психосоматичних розладів. Зміни в способі життя, зокрема зменшення фізичної активності, незбалансоване харчування, можуть призводити до хронічних захворювань, що посилюються психологічним стресом.

Соціально-економічні умови також мають вагомий вплив на психічне та фізичне здоров'я людини. Безробіття, фінансові труднощі, нестабільність на ринку праці - все це призводить до хронічного стресу, який може сприяти розвитку психосоматичних розладів. Низький рівень доходів обмежує доступ до якісної медичної допомоги та здорового способу життя, що також підвищує ризик виникнення захворювань.

Важливу роль у виникненні психосоматичних розладів відіграють сімейні та міжособистісні відносини. Конфлікти в сім'ї, розлучення, проблеми у взаєморозумінні між партнерами можуть викликати значний емоційний стрес, що негативно впливає на фізичне здоров'я. Діти, які виростають у середовищі постійних конфліктів та емоційного напруження, частіше стикаються з психосоматичними проблемами у дорослому віці.

Професійна діяльність та робоче середовище також мають вплив на виникнення психосоматичних розладів. Постійний тиск, великі обсяги роботи, неадекватні вимоги, відсутність підтримки з боку керівництва та колег можуть призводити до емоційного вигорання, депресії, тривожних розладів, що часто супроводжуються соматичними симптомами, такими як головний біль, проблеми зі шлунково-кишковим трактом, підвищений артеріальний тиск тощо.

Воєнні конфлікти є однією з найсерйозніших причин розвитку психосоматичних розладів. Люди, які пережили війну, часто страждають від посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожності, що супроводжуються фізичними симптомами. Навіть після завершення активних бойових дій, наслідки війни довгий час впливають на психічне та фізичне здоров'я населення.

Культурні та суспільні норми також можуть впливати на виникнення психосоматичних розладів. В деяких культурах існує табу на вираження емоцій, що призводить до накопичення негативних емоцій та стресу. Недооцінка важливості психічного здоров'я, стигматизація психічних розладів знижують звернення за допомогою, що ускладнює діагностику та лікування психосоматичних захворювань.

Соціально-психологічні фактори мають значний вплив на виникнення психосоматичних розладів. Урбанізація, соціально-економічні умови, сімейні та міжособистісні відносини, професійні чинники, воєнні конфлікти та культурні норми - всі ці аспекти створюють середовище, в якому ризик розвитку таких захворювань значно зростає. Розуміння цих взаємозв'язків є важливим для розробки ефективних стратегій профілактики та лікування психосоматичних розладів, а також для покращення загального рівня здоров'я населення.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Психосоматичні розлади є комплексними станами, в яких психологічні фактори впливають на фізичне здоров'я, спричиняючи порушення функцій систем внутрішніх органів. Термін "психосоматичний" походить від грецьких слів "психе" (душа) і "сома" (тіло), що підкреслює взаємозв'язок між психологічними та фізичними аспектами здоров'я людини. У сучасному світі, де стрес, соціальні та економічні проблеми стають невід'ємною частиною життя, вивчення психосоматичних розладів набуває особливої актуальності.

Поняття єдності тіла та душі має глибоке коріння, починаючи з античних часів. Гіппократ, Аристотель, Сократ і Цицерон вже тоді визнавали вплив емоційного стану на фізичне здоров'я. Проте науковий підхід до вивчення психосоматичних розладів сформувався значно пізніше. Тема психосоматичного статусу особистості набула свого поширення у роботах багатьох психологів, це дало нам змогу отримати різноманітні теорії та концепції, які на той час були новітніми та сенсаційними, але і зараз вони не втратили своєї актуальності та залишаються «класичними».

Проведений аналіз наукової літератури з проблеми вивчення психосоматичних розладів дає нам можливість отримати основні уявлення щодо становлення психосоматики як напряму медицини та психології. Це також надає можливість відслідкувати зв'язок тих чи інших чинників та їх особливості впливу на розвиток психосоматичних розладів. Вивчення соціально-психологічних особливостей виникнення психосоматичних розладів дозволяє краще зрозуміти механізми, за якими психічні та соціальні фактори можуть впливати на фізичне здоров'я.

Соціально-психологічні особливості, такі як урбанізація, соціально-економічні умови, сімейні та міжособистісні відносини, професійні чинники, воєнні конфлікти та культурні норми, відіграють вагомую роль у виникненні психосоматичних розладів. Зокрема, постійний стрес, конфлікти, фінансові труднощі та інші стресові фактори можуть призводити до психосоматичних

розладів, які проявляються порушеннями функцій систем внутрішніх органів, обумовлених психогенними факторами.

Таким чином, розуміння психосоматичних розладів вимагає комплексного підходу, що враховує як психологічні, так і соціальні аспекти життя людини. Це знання є важливим для розробки ефективних стратегій профілактики та лікування таких розладів, а також для покращення загального рівня здоров'я населення. Дослідження в цій галузі продовжують залишатися актуальними, оскільки вони допомагають удосконалювати підходи до діагностики, терапії та підтримки психічного і фізичного здоров'я людини.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПЛИВУ Я-КОНЦЕПЦІЇ ОСОБИСТОСТІ НА ВИНИКНЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

2.1. Особливості впливу Я-концепції особистості на виникнення психосоматичних розладів

Я-концепція являє собою динамічну систему уявлень людини про саму себе, що включає усвідомлення своїх фізичних, інтелектуальних властивостей, самооцінку, суб'єктивне сприйняття, що характеризує вплив на власну особистість зовнішніх факторів. Я-концепція формується під впливом життєвого досвіду кожної людини і є основою вищої саморегуляції, на базі якої людина будує свої стосунки з оточуючим її світом.

Вплив Я-концепції життя людини має потрійне значення. Вона забезпечує внутрішню узгодженість особистості та відносну поведінкову стійкість [3].

Р. Бернс розглядав Я-концепцію як сукупність установок індивіда, спрямованих на самого себе. Проте ці установки, він вважав, можуть мати різні ракурси і модальності. Існує три основні модальності самоустановок [21]:

1. «Реальне Я» - установки, пов'язані з тим, як індивід сприймає свої актуальні здібності, ролі, свій актуальний статус, тобто його уявлення про те, який він насправді.

2. «Дзеркальне (соціальне) Я» - установки, пов'язані з уявленнями індивіда про те, як його бачать інші.

3. «Ідеальне Я» - установки, пов'язані з уявленнями індивіда про те, яким він хотів би стати.

Суттєве розходження Я-реального та Я-ідеального часто призводить до психологічної дезадаптації, соціальної незрілості, відчуття тривоги. Такі люди мають нижчий ступінь самоактуалізації, ніж люди зі слабкою розбіжністю чи

її відсутністю. У випадку, коли новий досвід, який отримує людина, не розходиться з її баченням себе, то легко приймається Я-концепцією, але якщо цей досвід не узгоджується наявним чином і суперечить йому, активізуються механізми психологічного захисту, які допомагають людині або пояснити негативний досвід, або просто відкинути його. Завдяки цьому Я-концепція залишається врівноваженою, причому навіть якщо реальний досвід ставить її під загрозу [3].

До структури Я-концепції відносяться:

1. «образ Я» - уявлення індивіда про себе, свої здібності (когнітивна складова);
2. самооцінка, самоповага, самокритичність і т. п. - афективна оцінка образу Я (емоційна-оцінна складова);
3. потенційна поведінкова реакція, прагнення бути зрозумілим, конкретні дії, викликані і „образом Я", і самооцінкою і т. п. (поведінкова оцінка).

М. Розенберг трактував самооцінку «як позитивну або негативну настанову, спрямовану на специфічний об'єкт, званий «Я». Він вважав, що самооцінка відображає ступінь розвитку в індивіда почуття самоповаги, відчуття власної цінності і позитивного ставлення до всього того, що входить в сферу його «Я». Тому низька самооцінка передбачає неприйняття себе, самозаперечення, негативне ставлення до своєї особистості [51].

Самооцінка, в свою чергу, завжди пов'язана з рівнем домагань. Розходження рівня домагань і самооцінки спричиняє підвищену тривожність, агресивність, фрустрацію, може провокувати психосоматичні захворювання [39]. Рівень домагань визначає складність цілей, до яких прагне людина. Від задоволення рівня домагань у досягненні особистості залежить формування важливого компонента її свідомості - самоповаги. Вона впливає фактично на всі аспекти діяльності людини: включає і задоволеність собою, і прийняття себе, і почуття власної гідності, і позитивне ставлення до себе, і узгодженість свого надособистісного та ідеального «Я». Мотивація досягнення, будучи

домінуючою для людини, є також важливим регулятором її розвитку [21].

Високий рівень домагань без відповідної підтримки з боку самооцінки та самоповаги може призвести до стресу і, як наслідок, до психосоматичних захворювань. Люди, які прагнуть недосяжних цілей, можуть відчувати постійну напругу і розчарування, що негативно позначається на їхньому фізичному здоров'ї.

Збалансований рівень домагань, що відповідає реальним досягненням та можливостям особистості, сприяє гармонійному розвитку та зниженню ризику виникнення психосоматичних симптомів.

К. Роджерса вважав, що самоповага має афективно-мотиваційну детермінацію, а найважливішим мотивом життя людини є актуалізація, тобто збереження і розвиток себе, максимальне виявлення кращих якостей своєї особистості, закладених в ній від природи. Він вважав, що самоставлення проявляється в почутті внутрішнього благополуччя або неблагополуччя індивіда [51].

Низька самоповага може призвести до формування комплексу меншовартості, незадоволення будь-якими власними діями, невпевненість у собі, що негативно позначиться на емоційному стані та поведінці людини.

Висока самоповага сприяє кращій емоційній стійкості та ефективнішим механізмам подолання стресу, що знижує ризик психосоматичних проблем.

Низька самооцінка заважає людині жити нормальне життя, людина свідомо або підсвідомо може вважати себе занадто негарним, товстим, дурним, бездарний і вкладає зусилля (іноді руйнівні) в те, щоб досягти ідеалу, який, з цілком зрозумілих причин, ніколи не може бути досягнутий. Низька самооцінка може сприяти виникненню психосоматичних розладів. Люди з низькою самооцінкою частіше відчують стрес і внутрішні конфлікти, що може призводити до фізичних захворювань. З іншого боку, хронічні захворювання можуть знижувати самооцінку, створюючи замкнуте коло. Самооцінка виконує регуляторну та захисну функції, впливаючи на поведінку, діяльність і розвиток особистості, її взаємини з іншими людьми. Основна

функція самооцінки в полягає в тому, що вона виступає необхідною внутрішньою умовою регуляції поведінки та діяльності. Від самооцінки залежать взаємини особистості з оточуючими, критичність людини, а також її вимогливість до себе. Висока самооцінка, навпаки, асоціюється зі зниженим ризиком розвитку психосоматичних симптомів завдяки більш позитивному сприйняттю власної особистості та своїх досягнень.

Негативне самосприйняття може призвести до хронічного стресу. Стрес, в свою чергу, спричиняє виділення кортизолу та адреналіну, що може послаблювати імунну систему і сприяти розвитку різних захворювань, таких як серцево-судинні хвороби, виразки шлунка та хронічні запальні процеси.

Негативне самосприйняття може сприяти розвитку психосоматичних симптомів, таких як хронічний біль, головний біль, порушення сну та інші. Це пов'язано з тим, що психічне напруження та негативні емоції можуть проявлятися на фізичному рівні.

Люди з негативною Я-концепцією можуть вести нездоровий спосіб життя. Вони можуть зловживати алкоголем, наркотиками, харчуватися неправильно, уникати фізичних вправ, що, своєю чергою, збільшує ризик розвитку різних захворювань.

Люди з позитивною Я-концепцією зазвичай краще справляються з управлінням своїм здоров'ям. Вони мотивовані піклуватися про себе, дотримуватися рекомендацій лікарів, проходити регулярні медичні обстеження та вживати запобіжних заходів. Навпаки, люди з низькою самооцінкою можуть нехтувати своїм здоров'ям і уникати лікування.

Я-концепція впливає на соціальні взаємодії. Люди з позитивним самосприйняттям зазвичай мають міцні соціальні зв'язки й отримують більше підтримки від оточуючих. Це підтримує їхнє психічне та фізичне здоров'я. Ті, хто негативно ставиться до себе, можуть ізолюватися і відчувати дефіцит соціальної підтримки, що може погіршити їхнє здоров'я.

Саме завдяки функціям Я-концепції особистість має змогу захистити себе від осуду та негативних факторів, які можуть подавляти

психофізіологічний стан здоров'я людини та заважати її нормальному функціонуванню в цілому [41].

Підтримка позитивного самосприйняття і робота над самооцінкою, самоповагою можуть бути важливою частиною профілактики психосоматичних захворювань.

2.2. Дослідження особливостей впливу Я-концепції особистості на виникнення психосоматичних розладів

Емпіричне дослідження проводилось на базі кафедри психології та соціології Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. У дослідженні взяли участь 30 респондентів віком від 19 до 47 років, 18 жінок та 12 чоловіків (див. Додаток А). Всі учасники з відповідальністю ставилися до дослідження і були зацікавлені у проведенні запропонованих методик.

Емпіричне дослідження було поділене на декілька етапів:

На першому етапі було здійснено теоретико-методологічний аналіз проблеми виникнення психосоматичних розладів а також вплив Я-концепції на розвиток психосоматичних розладів.

На другому етапі здійснювався підбір методик для визначення впливу Я-концепції на розвиток психосоматичних розладів, підбір респондентів.

На третьому етапі проводилось саме дослідження.

На четвертому етапі було проведено аналіз та інтерпретацію отриманих даних, а також розроблено практичні рекомендації щодо розвитку позитивної Я-концепції особистості.

При дослідженні особливостей впливу Я-концепції особистості на виникнення психосоматичних розладів було застосовано чотири методики: методика «Хто я?» (М. Кун, Т. Макпартленд), «Тест-опитувальник самоставлення», методика «Шкала самоповаги Розенберга», методика

«Дослідження самооцінки та рівня домагань особистості».

Методика «Хто я?» (М. Кун, Т. Макпартленд) [45]

Методика використовується для вивчення змістових характеристик ідентичності особистості. Питання «Хто я?» пов'язано з характеристиками сприйняття самого себе, тобто з образом «Я» чи Я-концепцією.

Інструкція: «за 12 хвилин вам потрібно дати як можна більше відповідей на одне питання, яке пов'язане особисто з вами «Хто Я?». Намагайтеся надати найбільше відповідей. Кожну нову відповідь починайте писати з нового рядка, залишаючи на аркуші місце зліва. Ви можете відповідати так, як забажаєте, фіксуйте всі відповіді, які проходять на думку, оскільки в цьому завданні немає правильних і неправильних відповідей. Також важливо помічати які емоційні реакції у вас виникають під час виконання завдання, важко чи легко було відповідати на це питання».

Після закінчення респонденту пропонують: «Пронумеруйте всі записані відповіді-характеристики. Зліва від кожної відповіді поставте порядковий номер, а тепер оцініть кожну свою характеристику за шкалою:

«+» - позначка плюс ставити, якщо характеристика в цілому вам подобається;

«-» позначка мінус - якщо в цілому характеристика вам особисто не подобається;

«±» позначка плюс-мінус - якщо ця характеристика вам подобається і не подобається одночасно;

«?» позначка питання - якщо на даний момент часу ви не знаєте, як ви ставитесь до цієї характеристики, ви ще не маєте визначеної оцінки для цієї відповіді.

Позначки своєї оцінки необхідно ставити зліва від відповідей. У вас можуть бути оцінки всіх позначок, а також лише однієї чи двох-трьох. Після того як будуть оцінені всі відповіді, необхідно підвести підсумки: скільки всього отримали відповідей, скільки відповідей з кожною позначкою».

Шкала аналізу ідентифікаційних характеристик включає в себе 24 показники, котрі, об'єднуючись, утворюють сім узагальнених показників компонентів ідентичності:

I «Соціальне Я» містить сім показників:

- 1) пряме позначення статті («юнак», «жінка», «хлопчик»);
- 2) сексуальна роль («коханець», «коханка», «Дон Жуан», «Амазонка»);
- 3) учбово-професійна соціальна позиція («студент», «навчаюсь в інституті», «лікар», «спеціаліст»);
- 4) сімейна приналежність, яка виявляється через позначення сімейної ролі («дочка», «син», «брат», «жінка») або, вказуючи на родинні стосунки («люблю рідних», «в мене багато родичів»);
- 5) етнічно-регіональна ідентичність включає в себе етнічну ідентичність, громадянство («українець», «татарин») і локальну, місцеву ідентичність («з Києва», «львів'янка»);
- 6) світоглядна ідентичність: конфесійна, політична приналежність («християнин», «мусульманин», «віруючий», «ліберал»);
- 7) групова приналежність: сприйняття себе членом будь-якої групи людей («колекціонер», «член спілки»).

II «Комунікативне Я» містить два показники:

- 1) дружба чи коло знайомих, сприйняття себе членом групи друзів («друг», «в мене багато друзів»);
- 2) спілкування чи суб'єкт спілкування, особливості і оцінка взаємодії з людьми («ходжу в гості», «люблю спілкуватися», «вмію вислухати»).

III. «Матеріальне Я» розкривається в декількох аспектах:

- 1) описання своєї власності («маю квартиру, велосипед, одяг»);
- 2) оцінку своєї забезпеченості, ставлення до матеріальних благ («бідний», «багатий», «люблю гроші», «забезпечений»);
- 3) ставлення до зовнішнього середовища («люблю море», «не люблю погану погоду»).

IV. «Фізичне Я» містить наступні аспекти:

1) суб'єктивне описання своїх фізичних даних, зовнішності («сильний», «привабливий», «приємний»);

2) фактичне описання своїх фізичних даних, описання зовнішності, проявів хвороби, місце розташування («блондинка», «зріст», «вік», «живу у гуртожитку»);

3) пристрасті в їжі, шкідливі звички.

V. «Діяльне Я» оцінюється через два показники:

1) заняття, діяльність, інтереси, захоплення («люблю розв'язувати задачі»), досвід «був в Болгарії»);

2) самооцінка здібностей до діяльності, навичок, вмінь, знань, компетенції, досягнень («добре плаваю», «розумний», «працездатний», «знаю англійську мову»).

VI. «Перспективне Я» складається з дев'яти показників:

1) професійна перспектива: побажання, наміри, мрії, пов'язані з учбово-професійною сферою («майбутній водій», «буду добрим вчителем»);

2) сімейна перспектива: побажання, наміри, мрії, пов'язані з сімейним статусом («будуть діти», «майбутня мама»);

3) групова перспектива: побажання, наміри, мрії, пов'язані з груповою приналежністю («планую стати спортсменом», «вступити до партії»);

4) комунікативна перспектива: побажання, наміри, мрії, пов'язані з друзями, спілкуванням;

5) матеріальна перспектива: побажання, наміри, мрії, пов'язані з матеріальною сферою («отримаю спадок», «зароблю на квартиру»);

6) фізична перспектива: побажання, наміри, мрії, пов'язані з психофізичними даними («буду турбуватися про здоров'я», «хочу бути накачаним»);

7) діяльна перспектива: побажання, наміри, мрії, пов'язані з інтересами, захопленнями, конкретними заняттями («буду більше читати») і досягненням певних результатів («досконало виучу мову»);

8) персональна перспектива: побажання, наміри, мрії, пов'язані з персональними особливостями - особистісними якостями, поведінкою - («хочу бути веселим, спокійним»);

9) оцінка прагнень («багато хочу», «людина, яка прагне»).

VII. «Рефлексивне Я» містить три показники:

1) персональна ідентичність: особистісні якості, особливості характеру, описання індивідуального стилю поведінки («добрий», «відвертий», «іноді вередливий» тощо); персональні характеристики (прізвисько, гороскоп, ім'я і тощо); емоційне ставлення до себе («Я супер», «Я кльовий»).

2) глобальне, екзистенційне «Я»: ствердження, які глобальні і які недостатньо виявляють відмінності між людьми («людина розумна», «моя сутність»);

3) ситуативний стан: стан, в якому знаходиться людина в даний момент («голодний», «закоханий», «втомлений», «нервуюсь»).

Тест-опитувальник самоствавлення [45]

Даний опитувальник дозволяє виявити три рівні самоствавлення:

- 1) глобальне самоствавлення;
- 2) самоствавлення, диференційоване за самоповагою, аутосимпатією, самоінтересом та очікуваним ставленням до себе;
- 3) рівень конкретних дій (готовності до них) щодо свого «Я».

Інструкція: "На кожне запитання опитувальника (див. Додаток Б) дайте відповідь «так» (+) або «ні» (-) залежно від того, стосується твердження Вас чи не стосується".

Опитувальник містить такі шкали:

1. Шкала S - вимірює інтегральне почуття «за» або «проти» власне «Я» випробуваного.
2. Шкала I - самоповага.
3. Шкала II - аутосимпатія.
4. Шкала III - очікуване ставлення від інших.
5. Шкала IV - самоінтерес.

Опитувальник містить також сім шкал, спрямованих на вимірювання вираженості установки на ті чи інші внутрішні дії на «Я» досліджуваного.

1. Шкала 1 - самовпевненість.
2. Шкала 2 - ставлення інших.
3. Шкала 3 - самоприйняття.
4. Шкала 4 - самокерівництво, самопослідовність.
5. Шкала 5 - самозвинувачення.
6. Шкала 6 - самоінтерес.
7. Шкала 7 - саморозуміння.

Шкала самоповаги Розенберга [10]

Самоповага - це суб'єктивна оцінка людиною самої себе, упевненість у своїй цінності, почуття власної гідності, ставлення індивіда до себе як до особистості. На думку Р. Бернса, «позитивна Я-концепція» співзвучна з позитивним ставленням до себе, тобто з самоповагою, прийняттям себе, відчуттям власної цінності [51].

Методика є досить компактною і дозволяє визначити загальне ставлення особистості до себе.

Інструкція: респондентам пропонується оцінити ставлення до вказаних тверджень (див. Додаток В) за чотирьохбальною шкалою: повністю згоден, згоден, не згоден, абсолютно не згоден.

Під час опрацювання результатів опитування необхідно враховувати прямі і обернені судження. Відповіді кодують за схемою. Максимально можлива сума - 40 балів, мінімальна - 10 балів.

Рівень самоповаги дорівнює сумі балів [43]:

10-18 балів: Вам не вистачає самоповаги, її дуже мало, Ви схильні у всьому поганому звинувачувати себе, бачите тільки свої недоліки та акцентуєте увагу тільки на своїх слабких сторонах. Ви потрапили в замкнуте коло самоприниження, яке не дозволяє Вам ставити мету і досягати успіху. У кожній події Ви шукаєте підтвердження своєї нікчемності.

18-22 балів: Ви балансуєте між самоповагою і самоприниженням, успіхи піднімають Вас до небувалих вершин та самоповага зашкалює, невдачі підтримують низьку самооцінку і кидають Вас у провалля, Ваша думка про себе коливається то в одну, то в іншу сторону.

23-34 бали: самоповага у Вас переважає, і Ви можете адекватно оцінювати свої достоїнства й недоліки, можете погодитися з тим, що часом не маєте рації, зберігаєте пошану до себе при невдачах, але схильні іноді займатися затягнутим "самобичуванням", що не передбачили, не відмітили, "соломку не підстелили", що не дозволяє змиритися з тим, що змінити неможливо і швидко зреагувати і відкоригувати там, де є можливість.

35-40 балів: Ви поважаєте себе як людину, особу, професіонала і робите все для того, щоб продовжувати поважати себе й надалі: розвиваєтеся, удосконалюєтеся у професії, духовному та інтелектуальному плані, у сфері відносин, умісте отримувати уроки з помилок і важких ситуацій. Це норма, до якої варто прагнути.

Методика дослідження самооцінки та рівня домагань особистості

[20]

Мета: дослідження самооцінки та рівня домагань особистості.

Відповідне нормі ставлення до себе дуже важливе, перевага цієї методики полягає в тому, що вона дозволяє побачити ступінь розвиненості системи особистісних конструктів і найбільш значимі для особистості критерії, за якими вона оцінює себе. Гармонійне поєднання самооцінки та рівня домагань впливає на формування збалансованої особистості з позитивною Я-концепцією.

Інструкція: «Будь-яка людина оцінює свої здібності, можливості, характер та ін. Рівень розвитку кожної якості, сторони людської особистості можна умовно зобразити вертикальною лінією, нижня точка якої буде символізувати найнижчий розвиток, а верхня - найвищий. Вам пропонуються сім таких ліній (див Додаток Г), висота кожної - 100 мм, що дорівнює 100 балам. Вони позначають: здоров'я; розум, здібності; характер; авторитет у

однолітків; вміння багато чого робити своїми руками, умілі руки; зовнішність; впевненість у собі.

На кожній лінії ризикою (-) відзначте, як ви оцінюєте розвиток у себе цієї якості в даний момент часу. Після цього хрестиком (x) відзначте, при якому рівні розвитку цих якостей, сторін ви були б задоволені собою або відчули гордість за себе».

Обробка проводиться за шістьма шкалами (перша, тренувальна - «здоров'я» - не враховується). Кожна відповідь виражається в балах. Як вже зазначалося раніше, довжина кожної шкали 100мм, відповідно до цього відповіді школярів отримують кількісну характеристику (наприклад, 54мм = 54 балів). По кожній з шести шкал треба визначити: рівень домагань – відстань в мм від нижньої точки шкали («о») до знака «x»; висоту самооцінки – від «о» до знаку «-»; значення розбіжності між рівнем домагань і самооцінкою – відстань від знаку «x» до знаку «-», якщо рівень домагань нижче самооцінки, він виражається від'ємним числом. Оцінка та інтерпретація окремих параметрів проводиться згідно відповідного ключа (див. Додаток Г).

2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту

Результати дослідження за методикою діагностики «Хто Я?» було сформовано у зведену таблицю, з відсотковим розподілом показників щодо оцінки ставлення до власних характеристик (див. Додаток Д, табл. Д.1).

Якісна інтерпретація результатів, отриманих за методикою «Хто я?» дозволила виявити у респондентів такі показники, як: самооцінка ідентичності, тип особистості, особливості статевої ідентичності, рівень розвитку рефлексії, часові аспекти ідентичності, соціальна ідентичність, фізична ідентичність, діяльна ідентичність, валентність ідентичності. Дана методика дала змогу здійснити аналіз психолінгвістичного аспекту

ідентичності, оцінити рівень диференційованості ідентичності, зробити аналіз ідентифікаційних характеристик («соціальне Я», «комунікативне Я», «матеріальне Я», «фізичне Я», «діяльне Я», «перспективне Я», «рефлексивне Я»). Після підрахувань показників «+», «±» та «-» було отримані такі показники рівня самооцінки (див. рис. 2.1).

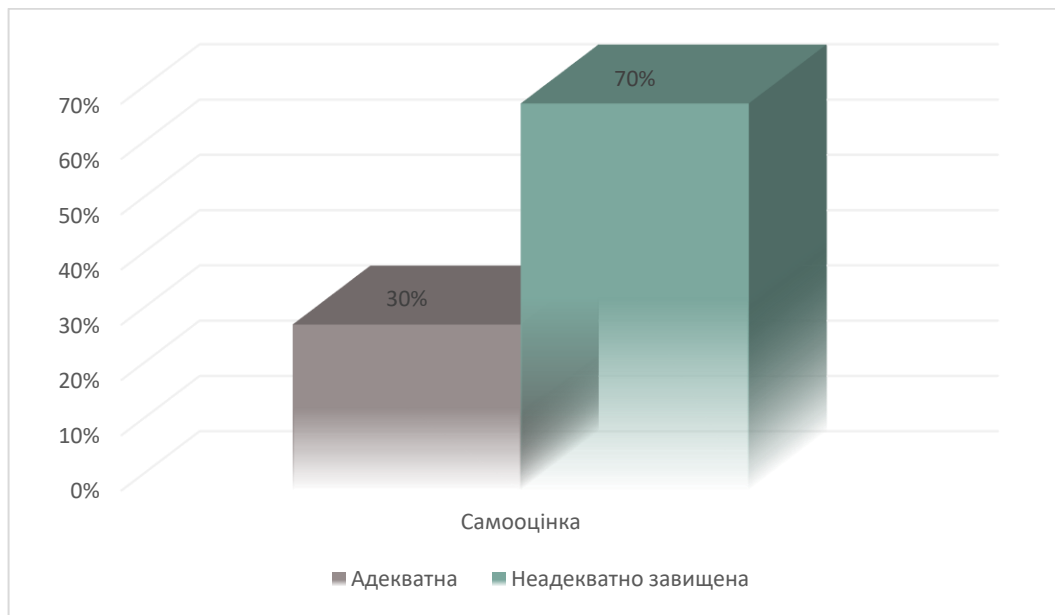


Рис. 2.1. Діаграма розподілу результатів дослідження рівня самооцінки респондентів

У двадцяти двох респондентів неадекватно завищена самооцінка, вісім респондентів мають адекватну самооцінку, в даному випадку респонденти з завищеною самооцінкою недооцінюють і виключають у себе недоліки. У інших трьох (№ 3, 12, 16) було написано лише 1-3 відповіді, що свідчить про низький рівень рефлексії респондентів та не надає змоги точно визначити рівень самооцінки, тому результати у гістограмі представлені для 27 респондентів.

Серед респондентів було виокремлено такі типи особистості: емоційно-полярний (20 осіб) та врівноважений (10 осіб) (див. рис. 2.2).

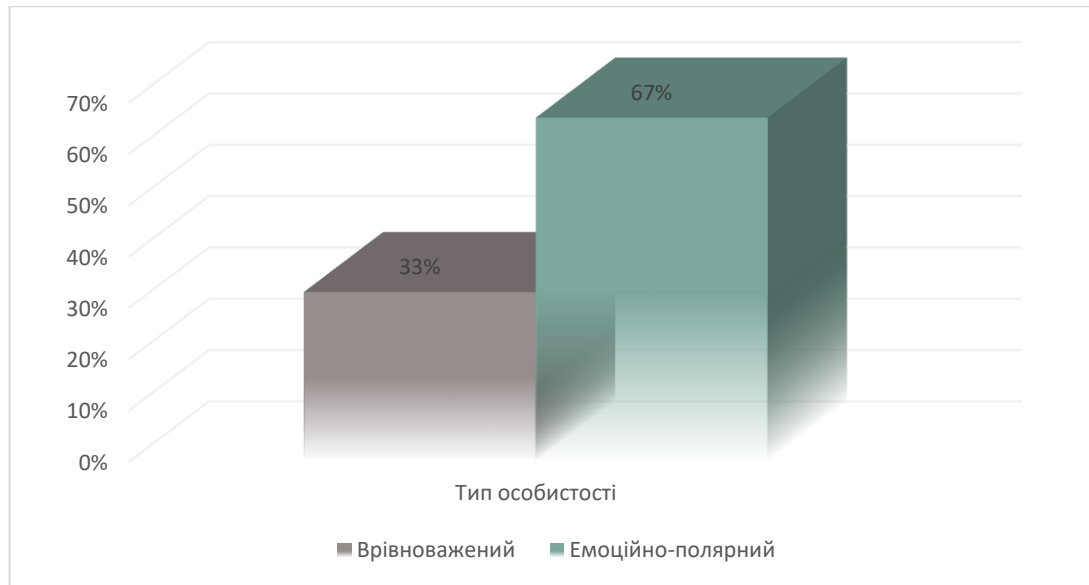


Рис. 2.2. Діаграма розподілу результатів дослідження за показником співвідношення типів особистості

Емоційно-полярний: до цього типу відносять обстежуваних, які оцінили свої ідентифікаційні характеристики тільки, як «подобаються» «не подобаються» і зовсім не використовували позначку «±». Для таких людей характерний максималізм в оцінках, емоційні перепади. Вони, як правило, легко виявляють емоції, їх стосунки сильно залежать лише від того чи подобається їм інший чи ні [45].

Врівноважений: ці люди, порівняно з попереднім типом, володіють більшою стійкістю до стресів, вони швидше долають конфліктні ситуації, вміють підтримувати конструктивні стосунки і з різними людьми, і тими, хто їм в цілому подобається і тими, хто не викликає симпатії. Вони більш терпимі до недоліків інших. До цієї групи відносять обстежуваних, котрі використовували позначку «±» у 10% - 20% відповідей [45].

Статева ідентичність. Кожен з респондентів прямо вказав на свою статева ідентичність (чоловік, жінка), наявність прямого позначення статі є важливою темою самоусвідомлення та приймається особистістю, також респонденти використовували непрямі позначення (дочка, мати, студентка, син, батько, студент, кохана, добрий тощо), респонденти використовували способи позначення, як через закінчення, так і через соціальні ролі, що

свідчить про сформованість позитивної статевої ідентичності.

Часові аспекти ідентичності. Переважна більшість дієслів теперішнього часу у відповідях респондентів говорить про активність і усвідомлення дій людини.

Фізична ідентичність. Респондентами було дано відповіді шляхом описання своєї зовнішності, розширення і збагачення «образу Я» в процесі особистісного розвитку тісно пов'язано з рефлексією власних емоційних переживань і тілесних відчуттів [45].

Діяльна ідентичність. Респондентами було переважно описано свої захоплення, вміння та заняття, ідентифікація свого «діяльного Я» пов'язана зі здатністю сконцентруватися на собі, стриманістю, виваженістю вчинків, є віддзеркаленням сукупності емоційно-вольових і комунікативних здібностей, особливостей взаємодії [45].

Аналіз психолінгвістичного аспекту ідентичності. Переважною частиною у відповідях респондентів були прикметники, іменники, далі були дієслова. Використання у більшості іменників у самоописі свідчить про потребу людини у визначеності і незмінності, а переважна кількість прикметників говорить про демонстративність, емоційність. Невелика кількість дієслів, або їх відсутність вказує на недостатню впевненість в собі та недооцінювання своєї ефективності.

У п'яти респондентів (№ 4, 13, 21, 23, 25) різниця у кількості кожної частини мови не велика, що каже про гармонійний тип лінгвістичного самоописання, емоційно-оціночний тон ідентифікаційних характеристик – валентність ідентичності у всіх є позитивною, там де позитивні характеристики переважають над негативними самоідентифікаціями. Позитивна валентність свідчить про адекватну самооцінку. Завищена валентність проявляється майже відсутністю негативних самоідентифікацій. Для тих респондентів (3), які надали 1-3 відповіді неможливо вчислити вид валентності та рівень самооцінки, тому відсоток вирахован від кількості респондентів (27), які надали обширну відповідь, що піддається аналізу (див.

табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Результати порівняння рівня самооцінки

Види валентності ідентичності	(%)
Негативна	0
Нейтральна	0
Позитивна	30 %
Завищена	70 %

Респондентами було дано відповіді від 3 до 32 слів, велика кількість показників, тобто рівень диференційованості, є дуже гарним показником і свідчить про комунікабельність, впевненість в собі, орієнтація на власний внутрішній світ, високий рівень соціальної компетенції і самоконтролю [42]. Вдалося провести паралель між низьким рівнем диференційованості і рівнем рефлексії, респонденти, що відповіли 2-3 слова також мають низький рівень рефлексії, такі відповіді говорять про кризу ідентичності, пов'язану з закритістю, тривожністю, невпевненістю в собі, труднощами з самоконтролем.

Загалом розгляд відповідей більшості респондентів які мають високий рівень диференційованості (від 9 слів) дозволив зробити аналіз за сьома узагальненими показниками компонентів ідентичності: «Соціальне Я», «Комунікативне Я», «Матеріальне Я», «Фізичне Я», «Діяльне Я», «Перспективне Я», «Рефлексивне Я». Більша частина респондентів (див. рис. 2.3) надали відповіді за кожним з показників, у інших трьох було написано лише 1-3 відповіді, що вказує на проблемну ідентичність і повністю не піддається аналізу в силу короткої відповіді.

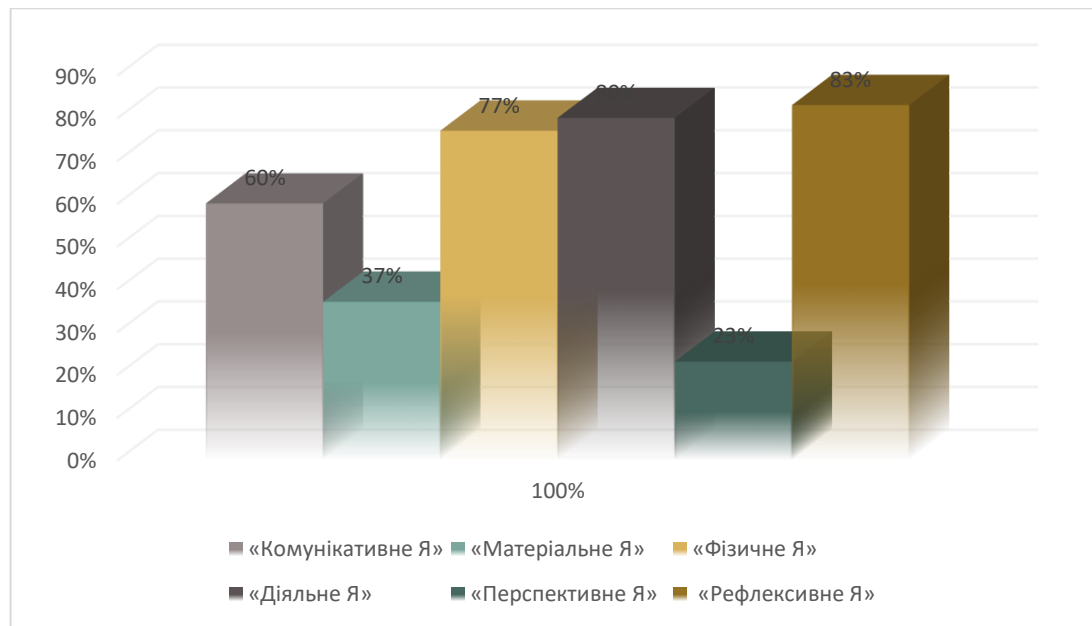


Рис. 2.3. Діаграма розподілу результатів дослідження за кожним показником

Тест-опитувальник самоствавлення [45]

Результати дослідження за методикою діагностики самоствавлення особистості було сформовано у зведені таблиці сирих балів та шкальних значень (див. табл. 2.2 – 2.3).

Таблиця 2.2

Таблиця сирих балів за методикою «Тест-опитувальник самоствавлення»

№ респондента	Шкала S (інтегральна)	Самоповага (I)	Аутосимпатія (II)	Очікування ставлення інших до	Самоінтерес (IV)	Самовпевненість (1)	Очікування ставлення інших (2)	Самоприйняття (3)	Самокерівництво (4)	Самозвинування (5)	Самоінтерес (6)	Саморозуміння (7)
1	23	10	15	11	8	6	6	7	4	2	7	2
2	22	10	12	11	7	5	6	7	4	4	7	4
3	21	12	11	11	6	7	6	5	5	2	7	3
4	23	12	13	12	8	5	6	7	5	1	7	5
5	17	7	9	10	6	5	4	5	6	6	6	3
6	24	12	15	12	8	7	6	7	4	1	7	5

Продовж. табл. 2.2

7	22	10	13	11	8	5	6	5	5	2	7	4
8	10	6	4	8	5	1	5	5	3	6	3	4
9	22	10	15	11	7	7	4	7	3	1	7	3
10	19	9	14	9	7	3	6	7	5	1	5	5
11	8	4	5	7	5	1	4	5	4	7	4	2
12	9	6	8	8	4	3	4	4	2	3	3	2
13	21	10	13	12	3	6	5	6	4	1	4	4
14	25	13	14	10	7	8	5	7	6	3	6	5
15	22	11	13	12	7	6	6	7	5	3	6	4
16	12	6	4	9	5	1	5	4	6	8	5	2
17	24	12	12	12	7	8	6	6	7	2	6	3
18	16	9	13	8	8	6	4	7	5	3	6	3
19	13	8	8	5	7	4	3	5	6	5	6	0
20	25	14	15	12	8	8	6	7	5	1	7	4
21	24	13	15	11	8	7	5	7	5	1	7	4
22	23	11	14	12	7	7	6	7	4	1	6	3
23	19	10	11	11	7	6	6	6	6	4	7	2
24	24	13	13	12	8	8	6	6	5	1	7	3
25	23	12	12	12	8	8	6	6	6	3	7	3
26	21	10	13	11	7	5	6	6	4	1	6	4
27	19	11	14	11	7	7	6	7	6	2	6	2
28	22	11	13	11	8	6	6	7	5	2	6	3
29	23	13	13	11	8	7	6	6	5	2	7	4
30	25	13	14	12	8	8	6	7	4	2	7	4

Після підрахунку сирих балів, їх було переведено у накопичені частоти (%).

Таблиця 2.3

Зведена таблиця результатів дослідження за методикою «Тест-опитувальник самоствалення»

№ респондента, %	Шкала S (інтегральна)	Самоповага (I)	Аутосимпатія (II)	Очікування ствалення інших до	Самоінтерес (IV)	Самовпевненість (1)	Очікування ствалення інших (2)	Самоприйняття (3)	Самокерівництво (4)	Самозвинувачення (5)	Самоінтерес (6)	Саморозуміння (7)
1	96,7	80	99,7	72,3	100	81,3	51,3	100	60,3	15	100	43,3
2	96	80	90,7	72,3	92,3	65,7	51,3	100	60,3	43,3	100	83,7

Продовж. табл. 2.3

3	93,3	91,3	86	72,3	71,3	92,3	51,3	70,7	79,7	15	100	68,7
4	96,7	91,3	96,7	91,3	100	65,7	51,3	100	79,7	4,67	100	94
5	80	44,7	69,7	53	71,3	65,7	15	70,7	92	81,7	80	68,7
6	98	91,3	99,7	91,3	100	92,3	51,3	100	60,3	4,67	100	94
7	96	80	96,7	72,3	100	65,7	51,3	70,7	79,7	15	100	83,7
8	32,3	34	21,7	27,3	49,7	7,33	32	70,7	38,3	81,7	20	83,7
9	96	80	99,7	72,3	92,3	92,3	15	100	38,3	4,67	100	68,7
10	88	71,3	98,3	39,7	92,3	29,3	51,3	100	79,7	4,67	54,7	94
11	21,3	16	28	17,7	49,7	7,33	15	70,7	60,3	96,7	34,3	43,3
12	26,7	34	58,3	27,3	29	29,3	15	50,7	25,7	27,7	20	43,3
13	93,3	80	96,7	91,3	16	81,3	32	89,7	60,3	4,67	34,3	83,7
14	98,3	93,7	98,3	53	92,3	100	32	100	92	27,7	80	94
15	96	86,7	96,7	91,3	92,3	81,3	51,3	100	79,7	27,7	80	83,7
16	49	34	21,7	39,7	49,7	7,33	32	50,7	92	100	54,7	43,3
17	98	91,3	90,7	91,3	92,3	100	51,3	89,7	100	15	80	68,7
18	74,3	71,3	96,7	27,3	100	81,3	15	100	79,7	27,7	80	68,7
19	55,3	58,7	58,3	6	92,3	49,7	7,33	70,7	92	60,8	80	4,33
20	98,3	99,7	99,7	91,3	100	100	51,3	100	79,7	4,67	100	83,7
21	98	93,7	99,7	72,3	100	92,3	32	100	79,7	4,67	100	83,7
22	96,7	86,7	98,3	91,3	92,3	92,3	51,3	100	60,3	4,67	80	68,7
23	88	80	86	72,3	92,3	81,3	51,3	89,7	92	43,3	100	43,3
24	98	93,7	96,7	91,3	100	100	51,3	89,7	79,7	4,67	100	68,7
25	96,7	91,3	90,7	91,3	100	100	51,3	89,7	92	27,7	100	68,7
26	93,3	80	96,7	72,3	92,3	65,7	51,3	89,7	60,3	4,67	80	83,7
27	88	86,7	98,3	72,3	92,3	92,3	51,3	100	92	15	80	43,3
28	96	86,7	96,7	72,3	100	81,3	51,3	100	79,7	15	80	68,7
29	96,7	93,7	96,7	72,3	100	92,3	51,3	89,7	79,7	15	100	83,7
30	98,3	93,7	98,3	91,3	100	100	51,3	100	60,3	15	100	83,7

Якщо значення показника накопичених частот:

менше 50 % - ознака не виражена;

50%-74% - ознака виражена;

більше 75% - ознака яскраво виражена.

Таким чином було отримано рівень вираженості для основних шкал (див. рис. 2.4) та для додаткових шкал (див. рис. 2.5).

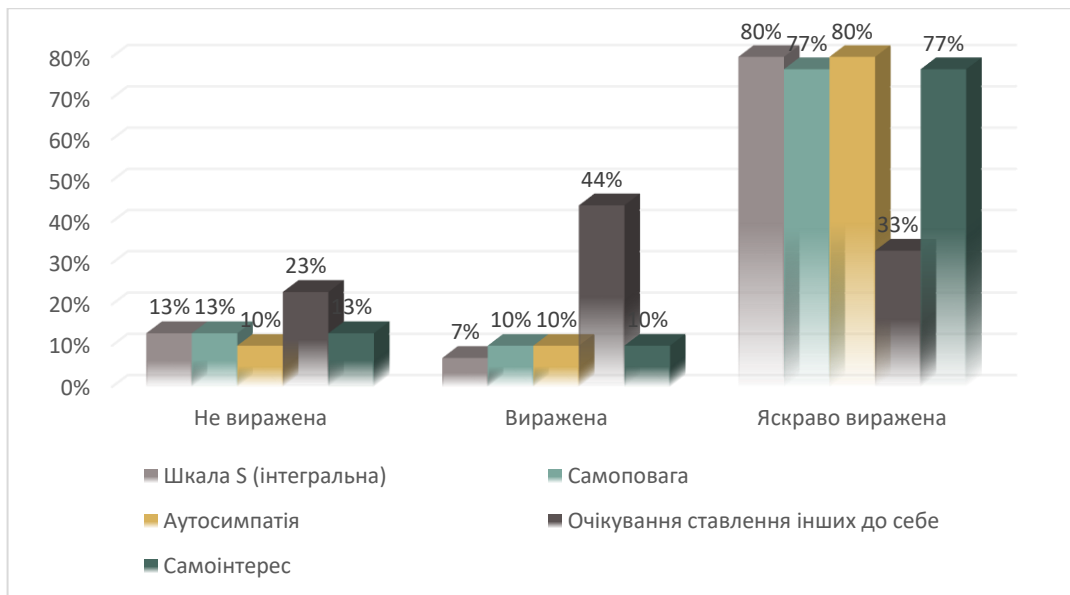


Рис. 2.4. Діаграма розподілу результатів дослідження за ступенем вираженості ознак за основними шкалами

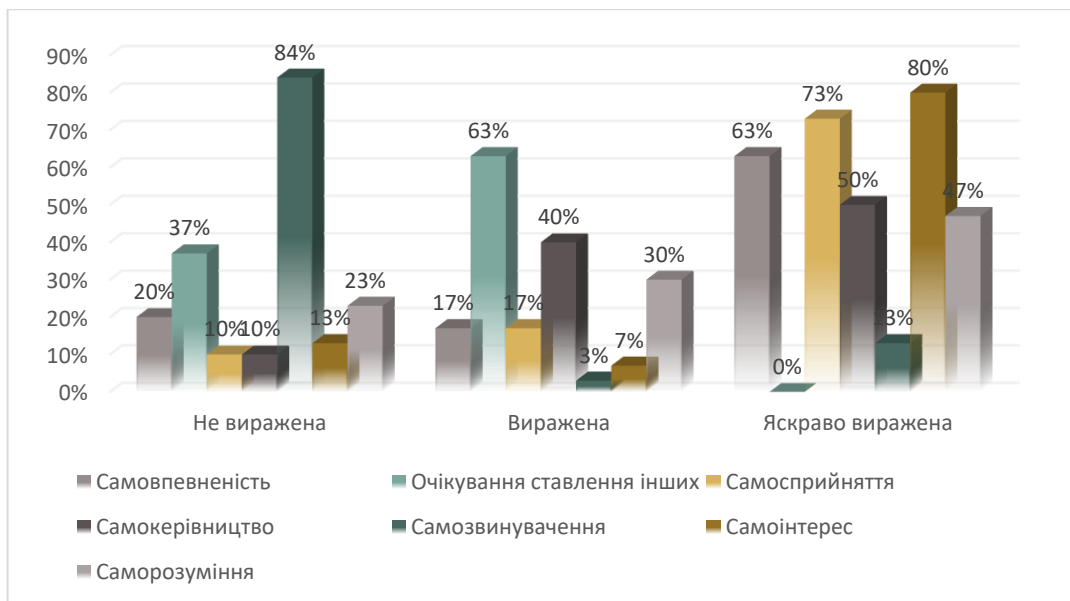


Рис. 2.5. Діаграма розподілу результатів дослідження за ступенем вираженості ознак за додатковими шкалами

Шкала I «Самоповага».

Показники за цією шкалою у 87% респондентів (виражений та яскраво виражений рівень), що вони вважають себе гідними, здібними, самостійними і вірять у власні сили.

Низькі показники у 13% респондентів свідчать про невдоволеність собою і не усвідомленням власної гідності. Подібні показники властиві людям, які відчувають почуття неповноцінності, вони вразливі до всіх дій, що зачіпають їхню самооцінку.

Шкала II «Аутосимпатія».

Показники цієї шкали характеризують ступінь дружності або ворожості до власного «Я». Яскраво виражене почуття аутосимпатії 80% респондентів свідчить про те, що вони схильні до схвалення себе загалом, довіряють собі і ставляться до себе прихильно. У 10% виявлено низький рівень, що свідчить про їх вороже, насторожене ставлення до свого «Я».

Шкала III «Очікуване ставлення від інших».

Показники цієї шкали перебувають у діапазоні високих значень у 33% респондентів і є яскраво вираженою, що може свідчити про те, що вони очікують доброзичливого ставлення до себе від оточення. Низькі показники у 23% респондентів говорять про ставлення до себе як до людини, нездатної викликати повагу, схвалення чи підтримку.

Шкала IV «Самоінтерес».

Показники шкали «Самоінтерес» перебувають у діапазоні високих значень у 77%, що свідчить про те, що вони схильні до вивчення власного внутрішнього світу, впевнені у своїй цікавості для інших, мають мотивацію до досягнення особистісного успіху та розвитку. Середній рівень у 10% та низький у 13% респондентів відображає більшу зосередженість на зовнішніх цілях, не пов'язаних із власними інтересами.

1. «Самовпевненість»:

Високі значення по шкалі «Самовпевненість» у 63% респондентів відповідають високій зрозумілості, упевненості у собі, відсутності внутрішньої напруженості. Ці респонденти задоволені собою, своїми починаннями й досягненнями, здатні вирішувати життєві питання, долати перешкоди.

Середні показники у 17% респондентів вказують на те, що за несподіваної появи труднощів їхня самовпевненість знижується, може наростати тривога і неспокій. Але за відсутності труднощів вони зберігають упевненість у собі, прямують до успіху.

Низькі показники у 20% респондентів вказують про незадоволеність собою, своїми можливостями, вони невпевнені в своїх силах, часто сумніваються в здатності долати труднощі, досягати власні цілі. Їм характерно самозанурення та внутрішня напруженість.

2. «Очікування ставлення інших»

Високі показники - 0%

Середні показники у 63% респондентів вказує, що респонденти вважають, що позитивне ставлення оточуючих поширюється лише на певні якості, певні вчинки, а інші особистісні прояви здатні викликати у них осуд і неприйняття

Низькі показники у 37% респондентів говорять про ставлення до себе як до людини, нездатної викликати повагу, схвалення чи підтримку.

3. «Самоприйняття»

Високі бали за шкалою «Самоприйняття» у 73% респондентів свідчить про дружнє ставлення до себе, згоду з собою, схвалення своїх планів і бажань, емоційному, безумовному прийняттю себе.

Середні показники у 17% вказують на вибірковість ставлення до себе. Ці респонденти приймають не всі свої переваги і готові критикувати не всі свої недоліки.

Низькі показники у 10% респондентів вказує на загальний негативний фон сприйняття себе, на схильність сприймати себе надто критично.

4. «Самокерівництво».

Респонденти з високим балом (50%) за шкалою чітко переживають власне «Я» як внутрішній стрижень, що інтегрує їх особистість і життєдіяльність, вважають, що їх доля перебуває у власних руках.

Середні показники у 40% досліджуваних говорять про їх схильність у звичних для себе умовах проявляти виражену здатність до особистого контролю, а у нових ситуаціях ця здатність слабшає і посилюється схильність до підпорядкування оточенню.

Низький рівень у 10% респондентів вказує на підпорядкування власного Я зовнішнім обставинам, ослаблення механізмів саморегуляції. Вольовий контроль недостатній для подолання зовнішніх і внутрішніх перешкод. Характерна внутрішня напруга і комплекс неповноцінності, що виникають внаслідок переживань щодо власного «Я».

5. «Самозвинувачення».

Високі значення у 13% респондентів свідчать про готовність поставити собі за провину свої промахи, невдачі і власні недоліки.

Середні показники у 3% респондентів свідчать про те, що самозвинувачення поєднується з звиразом гніву, досади на оточуючих.

Низькі показники у 84% респондентів говорять про прагнення заперечити власну провину в конфліктних ситуаціях, звинуватити інших, пренести з себе відповідальність.

6. «Самоінтерес»

Високий рівень у 80% респондентів свідчить про те, що досліджувані цікавляться собою, власними інтересами. Мають мотивацію до досягнення особистісного успіху та розвитку.

Середній рівень у 7% та низький у 13% респондентів відображає зосередженість на зовнішніх цілях, не пов'язаних із власними інтересами.

7. «Саморозуміння»

Високий рівень у 47% респондентів говорить про здатність розуміти свою особистість, думки, ідеї, бажання і потреби, а як наслідок «бути собою» максимальною мірою.

Середній у 30% респондентів вказую на здатність розуміти свою особистість, думки, ідеї, бажання і потреби у більшості випадків.

Низький рівень у 23% респондентів говорить про незмогу правильно зрозуміти власну особистість і як наслідок досягти задоволеності самим собою.

Шкала самоповаги Розенберга [10]

Після підрахунків балів, згідно з ключем до методики (див. Додаток В), було отримано показники від 26 до 36 балів (див. табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Результати дослідження за методикою діагностики «Шкала самоповаги Розенберга»

	№ Респондента														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Отримані бали	28	32	27	30	29	35	31	21	30	29	25	26	33	36	27
	№ Респондента														
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Отримані бали	26	31	35	36	37	35	34	32	33	31	34	35	32	33	35

Було сформовану зведену таблицю відсоткових показників розподілу рівнів самоповаги респондентів (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Зведена таблиця розподілу рівнів самоповаги респондентів (%)

Рівень самоповаги	%
Низький рівень	0%
Середній рівень	77 %
Високий рівень	23 %

Для наочності результати дослідження було відображено на діаграмі (див. рис. 2.6).

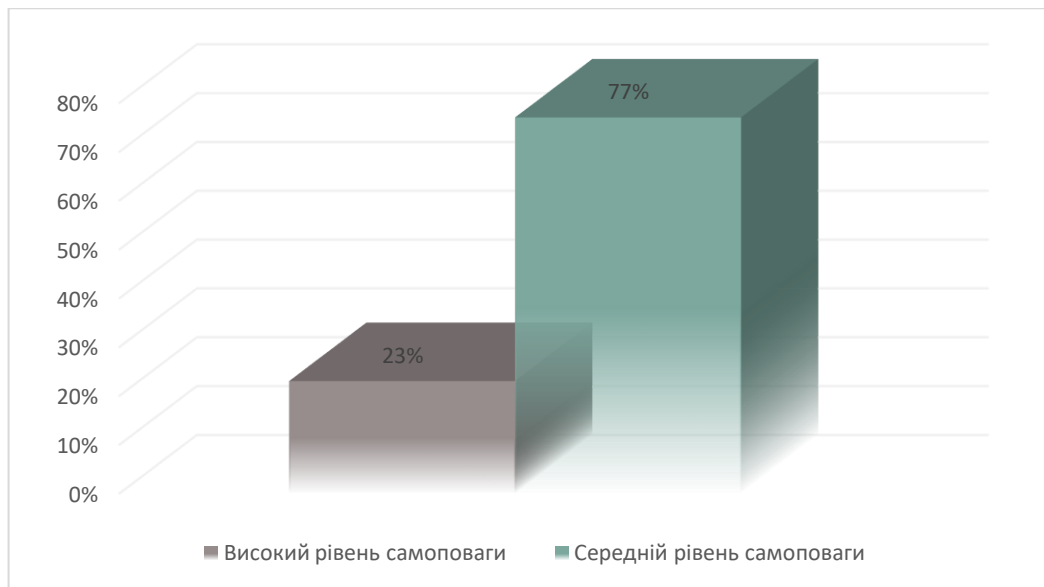


Рис. 2.6. Діаграма розподілу результатів дослідження за методикою діагностики «Шкала самоповаги Розенберга»

У респондентів було виявлено середній та високий рівень самоповаги, серед респондентів немає осіб з низьким рівнем самоповаги. Та показники за усіма рівнями знаходяться у межах норми. Середній рівень вказує на те, що самоповага у респондентів переважає, але є схильність іноді займатися затягнутим "самобичуванням". Високий рівень говорить про те, що респонденти поважають себе як людину, особу, професіонала і роблять все для того, щоб продовжувати поважати себе й надалі.

Методика дослідження самооцінки та рівня домагань особистості [20]

Обробка проводиться за шістьма шкалами (перша, тренувальна - не враховується). Підрахувавши бали за всіма шкалами було виведено середню величину кожного показника, а саме рівня домагань та самооцінки, також було розраховано бали розбіжності між рівнем домагань і рівнем самооцінки (див. табл. 2.6).

У всіх респондентів показники рівня домагань від 63 до 100 балів (див. рис. 2.7). Середній показник (60-74) та високий (75-89) свідчить про реалістичний рівень домагань, що вказує на оптимальне, реальне уявлення про свої можливості, що в першу чергу є важливим фактором особистісного розвитку. Дуже високі показники у трьох респондентів (100 балів) говорять

про нереалістичне, некритичне ставлення до власних можливостей, у цьому випадку треба перевірити співвідношення до рівня самооцінки та кількості балів розбіжності. У першому випадку маємо два однакових показники в 100 балів і розбіжність у 0 балів, а це свідчить про невміння правильно оцінити результати своєї діяльності та дуже високу самооцінку. В другому випадку показники становлять 100 балів рівня домагань та 77 балів рівня самооцінки, розходження – 23 бали, з одного боку поєднання дуже високого рівня домагань та високої самооцінки є сприятливою та продуктивною, але маємо велику розбіжність, яка характеризує різкий розрив між самооцінкою та домаганнями. В третьому випадку маємо дуже великий розрив між двома показниками, що вказує на конфлікт між тим, чого респондент прагне, і тим, що вважає для себе можливим.

Таблиця 2.6

Результати дослідження за методикою діагностики самооцінки та рівня домагань особистості

	№ Респондента														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Рівень домагань	88	77	86	73	72	100	72	75	70	82	67	80	100	84	81
Самооцінка	82	64	64	65	64	100	54	48	68	80	46	46	77	64	72
Розходження	6	13	22	8	8	0	18	27	2	2	21	34	23	20	9
	№ Респондента														
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Рівень самооцінки	68	58	72	63	64	68	70	71	49	55	59	67	63	64	56
Розходження	32	10	6	6	8	10	9	11	14	9	9	10	11	8	10
Рівень домагань	100	68	78	67	72	78	79	82	63	64	68	77	74	72	66

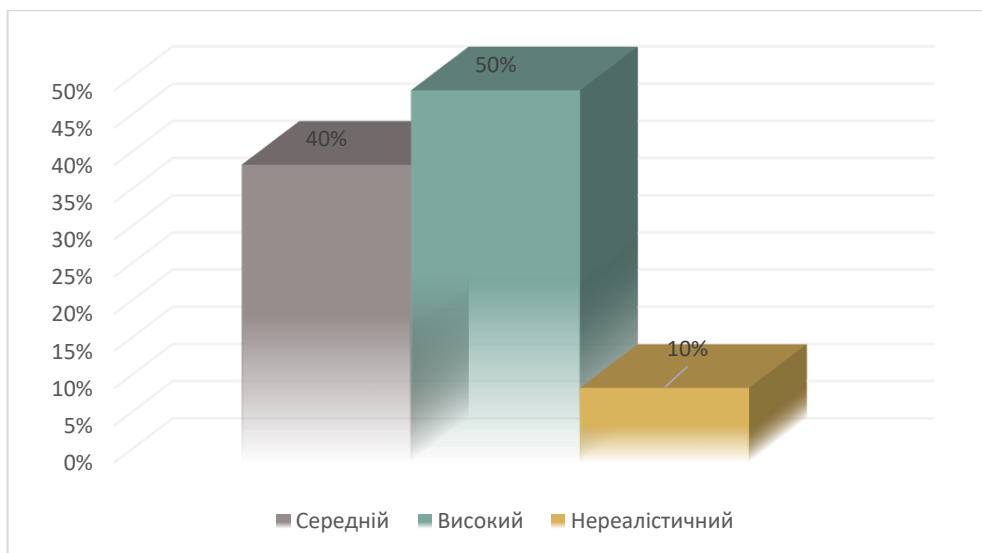


Рис. 2.7. Діаграма розподілу результатів дослідження за шкалою рівень домагань респондентів

Показники рівня самооцінки становлять 49-82 бали, що вказує на середній (60-74 бали) та високий (75-89 балів) рівень самооцінки (див. рис. 2.8). Показники від 45 до 74 балів говорять про реалістичну (адекватну) самооцінку, показники 75-100 про завищену.

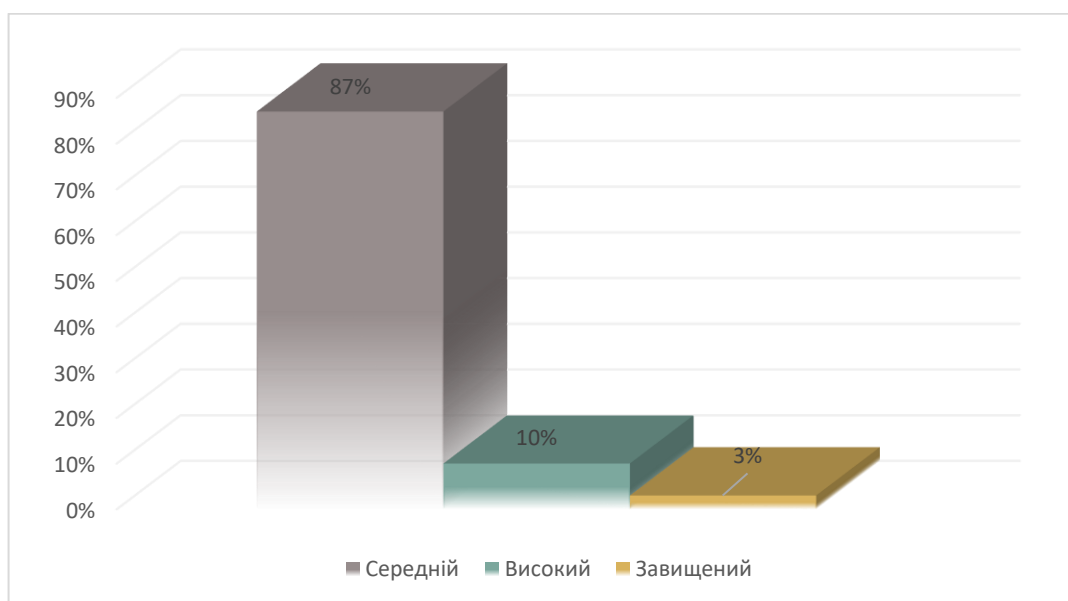


Рис. 2.8. Діаграма розподілу результатів дослідження за шкалою рівень самооцінки респондентів

Завищена самооцінка в поєднанні з показниками розходження у 8-22 балів показує, що такі люди вирізняються високим рівнем цілеспрямованості: вони ставлять перед собою доволі важкі цілі, що ґрунтуються на уявленнях про свої дуже великі можливості та здібності, і докладають значних зусиль для досягнення цих цілей. При сильній розбіжності (від 23 балів) рівень домагань не стимулює, а, навпаки, гальмує особистісний розвиток.

Висновки. У результаті емпіричного дослідження було досліджено рівень таких важливих складових Я-концепції, як самооцінка, самоповага, самосприйняття та рівень домагань. Основні висновки можна сформулювати наступним чином:

Більшість респондентів продемонстрували адекватний рівень самооцінки, що свідчить про здорове сприйняття власної особистості та здатність об'єктивно оцінювати свої можливості та досягнення.

У меншій кількості респондентів самооцінка виявилася завищеною, що може призводити до невідповідності між очікуваннями та реальністю, створюючи додаткове напруження та стрес.

Адекватна самооцінка сприяє стабільному психоемоційному стану та зниженню ризику виникнення психосоматичних розладів. Висока самооцінка допомагає уникати негативних емоцій та стресу, які часто є тригерами для психосоматичних симптомів.

Більшість досліджуваних мають досить позитивне ставлення до себе, що включає прийняття власних недоліків та готовність до змін у разі потреби. Це позитивно впливає на їхнє психічне здоров'я та знижує ймовірність розвитку психосоматичних симптомів. При цьому у деяких респондентів виявлено низький рівень саморозуміння, самовпевненості, самосприйняття та очікувань ставлення інших, що ускладнює їх емоційний стан і підвищує ризик психосоматичних розладів. Низький рівень саморозуміння та самовпевненості може призвести до хронічного стресу та негативного впливу на фізичне здоров'я.

У більшості респондентів рівень домагань є реалістичним та співвідноситься з їхньою самооцінкою. Це дозволяє уникати надмірного стресу та розчарувань, сприяючи психічній стабільності та зниженню ризику психосоматичних розладів. Реалістичний рівень домагань допомагає підтримувати баланс між амбіціями та можливостями, що знижує навантаження на нервову систему.

Респонденти з низькими показниками по всіх методиках продемонстрували некритичне ставлення до власних можливостей, низький рівень рефлексії та деструктивні нахили до самозвинувачення, що є значними чинниками ризику для виникнення психосоматичних розладів. Некритичне ставлення та низька рефлексія можуть спричинити хронічний стрес.

На основі отриманих результатів можна зробити висновок, що розвиток позитивної Я-концепції є важливим напрямком профілактики психосоматичних розладів. Зокрема, доцільним є розробка програми для розвитку позитивної самооцінки, самоповаги та реалістичного рівня домагань у особистості. Ця програма повинна включати:

1. Техніки підвищення самооцінки та самоповаги. Це може зменшити негативний вплив стресу та тривожності, які є тригерами психосоматичних розладів.

2. Методи розвитку самоаналізу та рефлексії, що допоможуть особистості краще усвідомлювати свої можливості та обмеження. Підвищення рівня самосвідомості може знизити внутрішній конфлікт та емоційне напруження, що сприяє профілактиці психосоматичних симптомів.

3. Вправи для усвідомлення своєї індивідуальності та самосприйняття. Це допоможе особистості краще розуміти себе, знизити рівень самокритики та підвищити емоційну стійкість, що зменшить ймовірність виникнення психосоматичних розладів.

4. Вправи спрямовані на підвищення саморозуміння, самовпевненості та позитивного очікування ставлення інших, що сприятиме емоційній стабільності та зменшенню впливу стресових факторів.

2.4. Практичні рекомендації щодо розвитку позитивної Я-концепції особистості

Я-концепція - цілісний, хоча й не позбавлений внутрішніх протиріч, образ власного Я, що виступає як установка щодо самого себе і який включає компоненти: когнітивний - образ своїх якостей, здібностей, зовнішності, соціальної значущості тощо (самосвідомості); емоційний - самоповага, самоприпинення тощо; оцінково-вольовий прагнення підвищити самооцінку, завоювати повагу тощо. Зібравши воєдино погляди і представлення різних вчених щодо цієї теми, можна сказати, що «Я» - концепція є результатом особистісного розвитку людини. Це система самосприйняття, розуміння, визначення себе суб'єктом, що складається на основі інтеракцій з навколишнім середовищем. Це відносно стійка система вираження множинних «Я», система установок, спрямованих на самого себе, включає на різних рівнях свого прояву такі механізми, як когнітивний, емоційний, вольовий, поведінковий [2]. В якості практичних рекомендацій було запропоновано психокорекційну програму.

Програма групової психокорекції з розвитку позитивної Я-концепції особистості

Корекційна програма спрямована на розвиток позитивної Я-концепції особистості.

Основна мета програми – підвищення самооцінки, самоповаги, самосприйняття, усвідомлення своєї унікальності, розвиток позитивної Я-концепції.

Вид корекційної роботи: групова.

Предмет корекції: самооцінка, самоповага.

Етапи проведення корекційної роботи (див. табл. 3.1):

1. Орієнтовний – дає можливість познайомитися, встановити контакт із групою.

2. Корекційний – корекційна робота, в цьому разі – розвиток позитивної Я-концепції. Використовуються спеціально підібрані техніки та вправи.

3. Підсумковий – закріплення, підведення підсумків проведеної роботи.

Система контролю процесу та результату програми: проведення усних бліцопитувань; спостереження за учасниками в процесі занять; підсумкові рефлексивні звіти.

Таблиця 3.1

Етапи проведення корекційної роботи

Етапи проведення корекційної роботи	№ Заняття/Назва
1. Орієнтовний	№ 1. Хто Я?
2. Корекційний	№ 2. Автопортрет № 3. Моя індивідуальність № 4. Погляд у майбутнє. Рефлексія.
3. Підсумковий	№ 5 Заключне заняття. Підведення підсумків.

Заняття № 1. Хто Я?

Вправа “Презентація” [33].

Мета: виявити вміння презентувати свої особистісні якості, знайомство з іншими учасниками психокорекційної програми.

Інструкція: кожен має назвати своє ім'я та розказати про себе, про свої особливі звички, якості, вміння, вподобання тощо., які вирізняють його від інших. Основне завдання самопрезентації – підкреслити власну індивідуальність. Опісля, як кожен повідомить про себе, психолог може попросити кожного пригадати, в чому ж унікальність учасників. Цю вправу можна проводити в наступному форматі: кожен з учасників по-черзі має проговорити та доповнити фразу “я унікальний, тому що я.....”.

Вправа «Мої очікування»

Обладнання: великий аркуш, на якому намальований пісочний годинник, стікери, маркери.

Інструкція: кожен учасник на стікері пише своє ім'я та очікування від данної програми, стікери прикріплюють на аркуш зверху.

Вправа «Я-реальне» і «Я-ідеальне» [33].

Мета: виробити самооцінку й самоконтроль.

Інструкція: ведучій пропонує учасникам намалювати себе таким, якими вони є зараз насправді, та такими, якими хотіли б бути. Після того як кожен намалює малюнок, обговоріть його.

Психодіагностична вправа «Хто Я» [33].

Мета: навчитися зазирати у свій внутрішній світ, усвідомлювати власні психологічні особливості, власну Я-концепцію. Вправа дозволяє побачити, як і з ким ототожнюють, ідентифікують себе учасники. Наскільки багатий або не зовсім діапазон особистісних якостей та соціальних ролей.

Кожний учасник отримує аркуш паперу і олівець. Пропонується 15 разів письмово відповісти на одне й те ж саме питання - хто Я? який Я?

Інструкція: Проставте на папері нумерацію в стовпчик від 1 до 15. Навпроти кожного номера напишіть коротко: Я-....! Вам пропонується дописати цю тезу. Використовуйте характеристики, риси, інтереси, почуття, або асоціації для опису себе, починаючи кожне речення зі займенника «Я»... По закінченню можна приколотися шпилькою папір на свій одяг, вільно походити по кімнаті аби уважно ознайомитися, що написано у кожного. За сигналом «Стоп!», маєте зупинитися та обговорити свої відповіді.

Рефлексія до вправи. Дайте відповіді на запитання: чи легко дати відповідь на питання «Хто я?». Чому важливо думати про «хто я» і «що я» зараз? Що я дізнався про себе та членів своєї групи з вправи?

Вправа «Заміна негативних думок про себе на позитивні» [1].

Інструкція: психолог пропонує клієнту записати всі негативні думки про себе. Потім уважно прочитати і замінити на позитивні, наприклад, «Я нерішучий» – «Є ситуації, у яких мені вдається швидко прийняти рішення».

Вправа «Звільнення від думок» [1].

Інструкція: сядьте зручно. Стежте за власними думками. Дозвольте собі ні про що не думати. Залишайтеся в такому стані доти, доки не почуватиметеся ліпше.

Заняття № 2. Автопортрет

Вправа «Ваші переваги» [1].

Запитайте себе: «Які мої три найголовніші чесноти?» Візьміть кольоровий олівець (для кожного інший) і впишіть їх у мандалу, розфарбовуючи ті ділянки, які вам підкаже ваше натхнення. Дві хвилини помедитуйте над вашими ключовими словами. Потім поставте собі запитання: «Хто я, коли відчуваю себе самим собою?». І, зосередившись на відповіді, повністю розфарбуйте мандалу. Відтак, процес створення «мандали» сприяє не лише придбанню упевненості в собі, розвитку творчих здібностей, але й отриманню спокою і згоди зі світом і з самим собою, виникненню бажання знову ввійти у цей світ, який перетворює і надихає.

Вправа “Автопортрет” [33].

Мета: усвідомлення власної тілесної ідентичності на період кризи через самопрезентацію власної особистості; рефлексія, виявлення власних особистостей та ціннісних орієнтацій.

Вправа проводиться в два етапи:

Інструкція до першого етапу. Пропонується створити на аркушах власні автопортрети в довільній манері. На зворотньому боці необхідно продовжити 3 рази речення “мені в самому собі подобається...”.

Інструкція до другого етапу. Уявити, що на вас чекає зустріч із незнайомою людиною, вона має упізнати вас. Опишіть себе. Знайдіть такі психологічні ознаки та якості, які вирізняють вас із натовпу. Опишіть свій зовнішній вигляд, ходу, манеру говорити, одягатися. Це може бути властиві жести, що звертають на себе увагу сторонніх.

Далі можливі 3 варіанти роботи:

Варіант 1. Робота здійснюється в парах. Учасники по черзі представляють свої самоописи в парах. У процесі розповіді, можна ставити уточнюючі питання аби “автопортрет” наповнити психологічним сенсом. На обговорення в парах відводиться 5-10 хвилин.

Варіант 2. Психолог збирає описи та зачитує їх по черзі. Після опису конкретного учасника, група має вгадати, про кого йшла мова.

Обговорення. Чи легко було описати себе? Що було найскладнішим? Що ти відчував, коли зачитували твій “автопортрет”? Наскільки точними були описи? Які труднощі ти зазнав виконуючи вправу та/або при вгадуванні іншого? Що тобі допомогло?

Варіант 3. Презентація арт-продуктів може проводитися враховуючи загальне враження, яке кожен малюнок справив на інших. Після презентації психологічних якостей, втілених на малюнках, завдання групи - додати до зазначених рис ще 3, які, з точки зору групи, є невід’ємними позитивними якостями автора. Аналіз вражень, почуттів та думок.

Рефлексія заняття [33].

Мета: усвідомлення та закріплення нового суб’єктивного досвіду спілкування та самопізнання.

Інструкція: Психолог пропонує послідовно завершити речення та думки: На сьогоднішній зустрічі я зрозумів..., Я згадав..., Мене здивувало... Враження можна висловити в довільній формі на основі орієнтовних питань: Які почуття виникли під час заняття? Що вас здивувало? дратує? тобі сподобалося? Що найважче і найлегше? Які ідеї виникли?

Заняття № 3. Моя індивідуальність

Техніка «Мої ролі» [25].

Мета: зменшення невдоволення собою, робота із соціальними стереотипами, соціальними ролями, субособистостями.

Обладнання: набір колоди метафоричних карт «Persona».

Вид арт-терапії: метафоричні асоціативні карти.

Інструкція: учасникам пропонують всліпу витягнути карти із колоди, що відповідають наступним ролям (перелік ролей можна змінювати):

- Яка я людина?
- Я як жінка?
- Я як мама?
- Я як дочка?
- Я як професіонал
- Я як друг

Відкриваючи карту, по черзі, клієнт описує її, асоціація та відповідність цій ролі йому самому. Клієнт має можливість глибше і по-новому глянути на виконувани ним ролі. Далі пропонують клієнту у відкриту вибрати образ, з яким він себе асоціює та ідентифікує в теперішньому часі. Обґрунтувати свій вибір. Карту співставляють із картами, що відповідають соціальним ролям.

Орієнтовний перелік запитань для рефлексивного аналізу:

- Яка з карт Вам найбільше подобається? Чому?
- Яка з карт Вам не подобається? Чому?
- Яка карта викликає у Вас найбільше емоцій?
- Яка з карт найбільш гармоніює із картою Вашого образу?
- Яка з ролей потребує розвитку і вдосконалення?
- Якою роллю Ви задоволені?
- Які ролі найскладніше поєднувати?

Деякі аспекти інтерпретації: Відповідно до зображень на картах та їхнього опису клієнтом, доцільно зробити висновок про задоволеність роллю,

успішність цієї ролі чи навпаки. Емоційність, тривалість та смислова наповненість опису, вказують саме на ці особливості.

Вправа «Мої ресурси» [42].

Мета: досягнення оптимального емоційного стану.

Інструкція: ведучий починає вправу зі слів: «Уявіть собі місце, де Вам напевно буде добре. Це місце може бути реальним і уявним. Для когось це – його власна кімната, а для когось – будинок друзів. Хтось уявить себе в лісі, в гроті, на узбережжі, де був багато разів; а хтось вибере казковий куточок, де бував тільки у уяві. Знайдіть таке місце... Повністю дослідіть його: побачте все, що знаходиться навколо; почуйте всі звуки цього місця; подумки торкайтесь його руками, ногами, всім тілом; відчуйте запахи цього місця. А тепер вберіть в себе всю його силу: відчуйте, як Ваше тіло наливається легкістю і енергією; як Ваші думки стають більш ясними і спокійними; як Ваша душа розслабляється.

Обговорення йде навколо питань: «З'явилися нові відчуття в душі і в тілі?»; «Відчуваєте себе бадьорим і сильним після медитації?».

Заняття № 4. Погляд у майбутнє. Рефлексія.

Повторна вправа “Хто Я” [33].

(повторення досягнутого зі зміною умов проведення, перша спроба проведення вправи застосовувалася в занятті № 1)

Мета: визначити, чи розширилися границі рефлексивного розуміння своєї особистості, соціальної та особистісної ідентичності; чи поглибилось саморозкриття, робота з образом “Я”.

Інструкція: кожному учасникові пропонується письмово відповісти 15 раз на одне й те саме питання - хто Я? який Я? Використовуйте характеристики, риси, інтереси, почуття для опису себе, починаючи кожне речення із займенника “Я”... По закінченню виконання, психолог має зібрати

аркуші, перемішати їх та зачитати групі. Учасники мають здогадатися та назвати автора опису.

Вправа дозволяє зрозуміти, як і з ким саме ототожнюють, ідентифікують себе учасники. Наскільки багатий або навпаки діапазон соціальних ролей. Надалі проводиться обговорення результатів, отриманих у групі.

Текст-візуалізація «Моє майбутнє» [33].

Уявіть собі, що ви у ліжку - заснули, коли прокинулися завтра вранці, то минуло пару років. Продовжуйте сидіти зі заплющеними очима та помрійте, ким та яким можете стати через декілька років... (тривала пауза).

Уявіть, яким ви побачите себе та що буде оточувати вас! Які ваші внутрішні якості? Яким стали за цей час? ... (пауза).

Подивіться на свою зовнішність. Яка вона? ... (пауза). На людей, що вас оточують. Як вони до вас ставляться? Чи розуміють вони вас? Чи розумієте ви їх? Які між вами стосунки? Чи маєте близьку людину поруч із вами?

Заирніть у свій внутрішній світ? Що ви там бачите? Чи приємно вам його споглядати? Зупиніться на хвилику, дивлячись на нього, пам'ятайте про унікальність, неповторювальність, своєрідність свого внутрішнього Я ... (тривала пауза).

Де ви тепер живете? Це будинок чи квартира? Яким є ваше житло? Що ви бачите зі свого вікна? Чим займаєтесь у житті? Де працюєте... (тривала пауза). Які ваші обов'язки? Який ваш робочий день...? (довга пауза).

Сьогодні день зарплати. Скільки ви отримали? Яка ваша місячна, річна зарплата? Скільки ви хочете заробляти через декілька років? (довга пауза). Ваш уявний день добігає кінця. Ви повертаєтесь додому. Насолодіться цим моментом..... Повільно поверніться в теперішній час.

На наступному етапі кожен називає своє ім'я та презентує свою візитівку майбутнього бачення. Після закінчення презентації психолог пропонує учасникам розмістити свої роботи на дошці до загального споглядання.

Запитання для обговорення: чим подобається вам картина майбутнього?, чому у вас вийшла саме така візуальна картина?, які думки виникали у вас, коли ви слухали презентацію, дивилися на картини інших, що ви дізналися нового про себе, виконуючи це завдання?, що б вам хотілося додати в свою картину, але ви не знайшли необхідного матеріалу?; чи складно було уявляти майбутнє? якщо так, то чому? якщо ні, то чому?; як ви вважаєте, чому в візитівці дві половинки?, як ви вважаєте, чи візитівка, яку заповнювали для продюсерів, стане у нагоді для подальшого життя, вашого майбутнього? якщо так, то чому? якщо ні, то чому?; чи схожі ваші теперішні та майбутні картини? якщо так, то чому? якщо ні, то чому?.

Рефлексивна вправа “Що я придбав?” [33].

Мета: допомогти учасникам усвідомити духовне надбання в контексті тренінгової групової роботи.

Інструкція: аби полегшити усвідомлення факту необхідності поступового завершення групової роботи, пропонується зробити наступне: кожен має зосередитися на тому, що саме було надбане в процесі роботи групи. Подумайте пару хвилин над наступним питанням: в чому полягає найважливіший досвід, який я придбав у процесі роботи групи, який допоможе мені краще справлятися з труднощами повсякденного життя? Спробуйте закрити очі та невідкривати їх доти, доки не знайдеться відповідь на питання. Після того, необхідно записати відповіді на картці. За бажанням, поділитися з групою тим, що було усвідомлено.

Питання для обговорення: наскільки широкий спектр набутого досвіду?, чий досвід виявився схожим?, що можна зробити для того, аби те, що було придбано, залишалось значимим якомога довше?

Заняття № 5. Заключне заняття. Підведення підсумків.

Вправа “Хай буде так” [33].

Мета: закріплення досвіду, стабілізація внутрішньо групових відносин.

Інструкція: психолог повідомляє групі про закінчення циклу занять, дякує за активність, щирість тощо. Закликає висловити одне одному подяку за допомогу та підтримку в рішенні проблем, пов'язаних із подоланням кризи та усвідомленням власної ідентичності та пропонує скласти побажання на майбутнє: “Уявімо, що кожен піде з цього заняття власною дорогою довгого та прекрасного життєвого шляху. Які побажання й напуття ви хотіли б залишити?”. Кожен член групи має приколотити одне одному на спину лист паперу, на якому інші можуть залишити письмові побажання. Учасники у вільному русі кімнатою зустрічаються, обмінюються подяками та побажаннями. Умова: список побажань можна прочитати тільки вдома.

Вправа - розминка “Аплодування по колу” [33].

Мета: переживання радощів, хвилювання, згуртованості групи; активізація атмосфери прийняття.

Інструкція: учасники мають стати у коло. Психолог підходить до одного учасника, дивиться йому в очі та дарує свої оплески, щосили плескаючи в долоні. Після чого, вже вдвох мають обрати наступного учасника, який також отримує свою порцію подвійних оплесків (удвох підходять до нього й аплодують). Опісля вже вся трійка обирає наступного учасника. Кожен раз, той, кому плескали в долоні, має право обирати наступного. Таким чином, вправа продовжується доти, доки кожен учасник тренінгової групи не отримає свою порцію голосних овацій.

Вправа “Картина на двох” [33].

Мета: закріпити співпрацю, усвідомити за допомогою художнього виразу стан щастя та закріпити цей стан в якості ресурсного підсилення

Інструкція: учасники мають розподілитися на пари та намалювати вдвох, не розмовляючи, різнокольоровий малюнок на тему «Моє щастя».

При обговоренні психолог може звернути увагу на процес співпраці, шляхи порозуміння, або особливості спільної діяльності, схильність до початку або продовження ідеї, деталізації або узагальнення.

Підведення підсумків [33].

Мета: сприяти розумінню відповідальності за самого себе та за досягнення мети, підвести підсумки.

Обладнання: великий аркуш, на якому намальований пісочний годинник, на якому розміщені очікування учасників.

Хід проведення: Учасники мають підійти до “пісочного годинника”, взяти стікери записів попередніх очікувань, підсумувати, наскільки вони справдилися та перемістити їх у нижню частину “годинника”.

Запитання для обговорення: чи реалізувалися очікування?, хто несе відповідальність за їх реалізацію?, хто відповідальний за досягнення цілей у житті?.

Коментар: “маєте знати, чого ви хочете досягти, та активно діяти відповідно до намічених цілей”; “успіх, досягнення цілей вимагає дисципліни та ретельності”; “вашим найкращим ресурсом є ви та інші люди”.

Завершальна вправа “Приємно сказати...” [33].

Інструкція: учасники утворюють тісне коло та протягують руки до його центру. Одночасно мають узятися за руки так, аби в кожній руці опинилася рука іншого за умови не братися рук тих, хто знаходиться поряд. Після того, як доторкнулися руками, мають сказати одне одному ресурсне (приємне) слово.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Виникнення психосоматичних розладів значною мірою зумовлюється такими особистісними чинниками: рівень самооцінки - люди з низькою самооцінкою частіше схильні до психосоматичних розладів, оскільки негативно оцінюють себе та свої можливості, що призводить до постійного внутрішнього напруження та стресу. Висока самооцінка, навпаки, асоціюється зі зниженим ризиком розвитку психосоматичних симптомів завдяки більш позитивному сприйняттю власної особистості та своїх досягнень; рівень самоповаги - низький рівень самоповаги часто корелює з підвищеним рівнем тривожності та схильністю до депресивних станів, що є сприятливим ґрунтом для розвитку психосоматичних розладів. Висока самоповага сприяє кращій емоційній стійкості та ефективнішим механізмам подолання стресу, що знижує ризик психосоматичних проблем; рівень домагань особистості - високий рівень домагань, особливо коли він не відповідає реальним можливостям людини, може призводити до хронічного стресу та напруження, що сприяє виникненню психосоматичних розладів. Збалансований рівень домагань, що відповідає реальним досягненням та можливостям особистості, сприяє гармонійному розвитку та зниженню ризику виникнення психосоматичних симптомів.

На базі кафедри психології та соціології Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля було проведено емпіричне дослідження, у якому було використано методики: методика «Хто я?»; тест-опитувальник самоствавлення; методика «Шкала самоповаги Розенберга»; методика дослідження самооцінки та рівня домагань».

Більшість респондентів продемонстрували адекватний рівень самооцінки, що свідчить про здорове сприйняття власної особистості та здатність об'єктивно оцінювати свої можливості та досягнення. У меншій кількості респондентів самооцінка виявилася завищеною, що може призводити до невідповідності між очікуваннями та реальністю, створюючи

додаткове напруження та стрес. Адекватна самооцінка сприяє стабільному психоемоційному стану та зниженню ризику виникнення психосоматичних розладів. Висока самооцінка допомагає уникати негативних емоцій та стресу, які часто є тригерами для психосоматичних симптомів. Більшість досліджуваних мають досить позитивне ставлення до себе, що включає прийняття власних недоліків та готовність до змін у разі потреби. Це позитивно впливає на їхнє психічне здоров'я та знижує ймовірність розвитку психосоматичних симптомів. При цьому у деяких респондентів виявлено низький рівень саморозуміння, самовпевненості, самосприйняття та очікувань ставлення інших, що ускладнює їх емоційний стан і підвищує ризик психосоматичних розладів. Низький рівень саморозуміння та самовпевненості може призвести до хронічного стресу та негативного впливу на фізичне здоров'я. У більшості респондентів рівень домагань є реалістичним та співвідноситься з їхньою самооцінкою. Це дозволяє уникати надмірного стресу та розчарувань, сприяючи психічній стабільності та зниженню ризику психосоматичних розладів. Реалістичний рівень домагань допомагає підтримувати баланс між амбіціями та можливостями, що знижує навантаження на нервову систему. Респонденти з низькими показниками по всім методикам продемонстрували некритичне ставлення до власних можливостей, низький рівень рефлексії та деструктивні нахили до самозвинувачення, що є значними чинниками ризику для виникнення психосоматичних розладів. Некритичне ставлення та низька рефлексія можуть спричинити хронічний стрес.

На основі результатів констатувального експерименту було розроблено психокорекційну програму з розвитку позитивної Я-концепції, яка вмістила у собі вправи націлені на підвищення самооцінки та самоповаги, методи розвитку самоаналізу та рефлексії, вправи для усвідомлення своєї індивідуальності та самосприйняття, вправи спрямовані на підвищення саморозуміння, самовпевненості та позитивного очікування ставлення інших.

ВИСНОВКИ

1. Було проведено аналіз наукової літератури з проблеми вивчення психосоматичних розладів, який дав можливість отримати основні уявлення щодо становлення психосоматики як напрямку медицини та психології, відслідкувати зв'язок тих чи інших чинників та їх особливості впливу на розвиток психосоматичних розладів. Вивчення соціально-психологічних особливостей виникнення психосоматичних розладів дозволяє краще зрозуміти механізми, за якими психічні та соціальні фактори можуть впливати на фізичне здоров'я, такі соціально-психологічні особливості, як урбанізація, соціально-економічні умови, сімейні та міжособистісні відносини, професійні чинники, воєнні конфлікти та культурні норми, відіграють вагомую роль у виникненні психосоматичних розладів. Зокрема, постійний стрес, конфлікти, фінансові труднощі та інші стресові фактори можуть призводити до психосоматичних розладів, які проявляються порушеннями функцій систем внутрішніх органів, обумовлених психогенними факторами.

2. Виникнення психосоматичних розладів значною мірою зумовлюється такими особистісними чинниками: рівень самооцінки - люди з низькою самооцінкою частіше схильні до психосоматичних розладів, оскільки негативно оцінюють себе та свої можливості, що призводить до постійного внутрішнього напруження та стресу. Висока самооцінка, навпаки, асоціюється зі зниженим ризиком розвитку психосоматичних симптомів завдяки більш позитивному сприйняттю власної особистості та своїх досягнень; рівень самоповаги - низький рівень самоповаги часто корелює з підвищеним рівнем тривожності та схильністю до депресивних станів, що є сприятливим ґрунтом для розвитку психосоматичних розладів. Висока самоповага сприяє кращій емоційній стійкості та ефективнішим механізмам подолання стресу, що знижує ризик психосоматичних проблем; рівень домагань особистості - високий рівень домагань, особливо коли він не відповідає реальним можливостям людини, може призводити до хронічного стресу та

напруження, що сприяє виникненню психосоматичних розладів. Збалансований рівень домагань, що відповідає реальним досягненням та можливостям особистості, сприяє гармонійному розвитку та зниженню ризику виникнення психосоматичних симптомів.

3. На базі кафедри психології та соціології Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля було проведено емпіричне дослідження впливу Я-концепції особистості на розвиток психосоматичних розладів. У дослідженні було застосовано чотири методики: методика «Хто я?» (М. Кун, Т. Макпартленд); тест-опитувальник самоствавлення; методика «Шкала самоповаги Розенберга»; методика дослідження самооцінки та рівня домагань особистості».

4. Більшість респондентів продемонстрували адекватний рівень самооцінки, що свідчить про здорове сприйняття власної особистості та здатність об'єктивно оцінювати свої можливості та досягнення. У меншій кількості респондентів самооцінка виявилася завищеною, що може призводити до невідповідності між очікуваннями та реальністю, створюючи додаткове напруження та стрес. Адекватна самооцінка сприяє стабільному психоемоційному стану та зниженню ризику виникнення психосоматичних розладів. Висока самооцінка допомагає уникати негативних емоцій та стресу, які часто є тригерами для психосоматичних симптомів. Більшість досліджуваних мають досить позитивне ставлення до себе, що включає прийняття власних недоліків та готовність до змін у разі потреби. Це позитивно впливає на їхнє психічне здоров'я та знижує ймовірність розвитку психосоматичних симптомів. При цьому у деяких респондентів виявлено низький рівень саморозуміння, самовпевненості, самосприйняття та очікувань ставлення інших, що ускладнює їх емоційний стан і підвищує ризик психосоматичних розладів. Низький рівень саморозуміння та самовпевненості може призвести до хронічного стресу та негативного впливу на фізичне здоров'я. У більшості респондентів рівень домагань є реалістичним та співвідноситься з їхньою самооцінкою. Це дозволяє уникати надмірного

стресу та розчарувань, сприяючи психічній стабільності та зниженню ризику психосоматичних розладів. Реалістичний рівень домагань допомагає підтримувати баланс між амбіціями та можливостями, що знижує навантаження на нервову систему. Респонденти з низькими показниками по всім методикам продемонстрували некритичне ставлення до власних можливостей, низький рівень рефлексії та деструктивні нахили до самозвинувачення, що є значними чинниками ризику для виникнення психосоматичних розладів. Некритичне ставлення та низька рефлексія можуть спричинити хронічний стрес.

5. На основі результатів констатувального експерименту було розроблено психокорекційну програму з розвитку позитивної Я-концепції, яка вмістила у собі вправи націлені на підвищення самооцінки та самоповаги, методи розвитку самоаналізу та рефлексії, вправи для усвідомлення своєї індивідуальності та самосприйняття, вправи спрямовані на підвищення саморозуміння, самовпевненості та позитивного очікування ставлення інших.

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

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Андрушко Я. С. Психокорекція : навч.-метод. посібник. Львів : ЛьвДУВС, 2017. 212 с.
2. Барчій М. С., Кучерява І. І. Формування позитивної Я-концепції особистості майбутніх практичних психологів у процесі професійної підготовки. *Науковий вісник Мукачівського державного університету*. 2015. №18 (13). С. 43-49.
3. Бондаревич С. М., Пальчинська М. В., Чумаєва Ю. В. Взаємозв'язок я-концепції, самооцінки та копінг-стратегій особистості у формуванні психосоматичних розладів. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2022. Вип. 13. С. 21-31.
4. Бондарчук К. П. Психологічні чинники соматичних розладів. *Актуальні проблеми безпеки життєдіяльності людини в сучасному суспільстві* : матеріали Всеукр. наук.-теорет. інтернет-конф. Миколаїв : МНАУ, 2021. С. 374-377.
5. Боришевський М. Особистість у вимірах самосвідомості : монографія. Суми : вид-во «Еллада». 2014. 608 с.
6. Бугайова Н. М. Психосоматичні і соматопсихічні взаємовпливи в генезі захворювань та їх роль у розвитку суїцидальної поведінки. *Актуальні проблеми психології*. Т. 8. Вип. 2. 2006. С. 62-73.
7. Букатару Ю., Рева М., Березяк К. Формування та класифікація психосоматичних розладів. *Вісник Київського національного університету ім. Т. Шевченка. Серія «Психологія»*. 2020. Вип. 1 (11). С. 22-26. URL: <https://doi.org/10.17721/BSP.2020.1> (дата звернення 02.04.2024).
8. Волошко Н. І. Психосоматичні хвороби як результат впливу негативних психологічних факторів. *Проблеми сучасної психології*. 2015. Вип. 30. С. 126-135. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2015_30_12 (дата звернення 02.04.2024).

9. Волошко Н.І. Психологічні особливості внутрішньоособистісних конфліктів у хворих на артеріальну гіпертензію : монографія. Київ : Наук. світ, 2009. 198 с.
10. Галузяк В. М., Холковська І. Л. Діагностичний інструментарій класного керівника. Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2013. 304 с.
11. Горяча Т. С. До питання про підходи до проблеми психосоматичної єдності особистості. *Наука і освіта*. 2009. № 4. С. 12-16.
12. Горяча Т. С. Особливості психічного здоров'я в осіб із "соматогенною фрустрацією" (на прикладі хворих на остеохондроз) : автореф. дис. канд. психол. наук. Харків, 2007. 19 с.
13. Грицик О. Дослідження впливу психосоматики на розвиток соматичних та онкологічних захворювань. *Вісник Львівського університету. Серія «Психологічні науки»*. 2020. Вип. 7. С. 17–22. URL: <https://doi.org/10.30970/PS.2020.7.3> (дата звернення 28.02.2024).
14. Грицик О. Ю. Історія становлення психосоматики як напряму науки. *Архіваріус*. 2020. №7 (52). С. 24-26.
15. Грицюк І. М. Основи психосоматики : методичні матеріали для студентів спеціальності «Практична психологія». Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 27 с.
16. Даниляк О. Еволюція знань про стрес : від Ганса Сельє до сучасних досягнень / О. Даниляк, С.-А. Маринець, О. Заячківська. *Праці наукового товариства ім. Т. Шевченка. Медичні науки. Лікарський збірник*. 2016. Т. 28. С. 27-40. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pntsh_lik_2016_45_28_4 (дата звернення 29.02.2024).
17. Дідковська Л. І. Ставлення до хвороби та психологічне благополуччя осіб у ситуації хронічного соматичного захворювання. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : «Психологічні науки»*. 2020. Вип. 1. С. 182-189. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp_2020_1_27 (дата звернення 05.03.2024).

18. Дідковська Л. І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії. Львів: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2010. 264 с.
19. Дяченко В. А. Психосоматичні порушення здоров'я в умовах сучасності. *Актуальні проблеми психології. Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України*. 2013. Т. 7, Вип. 33 : Екологічна психологія. С. 175-183.
20. Ефективні технології розвитку та відновлення стресостійкості / життєстійкості у дітей та дорослих. Методичний посібник для практичних психологів, соціальних педагогів / укл. Д. Д. Романовська., М. Г. Ящук. Чернівці, 2018. 180 с.
21. Жигайло Н. І., Шибрук О. В. Проблема феномену та структури "Я-концепції" особистості в контексті поглядів вітчизняних і зарубіжних дослідників. *Наукові записки Національного університету "Острозька академія". Серія «Психологія і педагогіка»*. 2014. Вип. 26. С. 70-74. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nznuoapp_2014_26_17 (дата звернення: 16.05.2024).
22. Жукотанська В. П. Специфіка психосоматичних розладів, їх прояви та характеристика. *Вісник студентського наукового товариства Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія «Психологічні науки»*. Вінниця, 2022. С. 118-122.
23. Жукотанська В. П. Я-концепція особистості та її суб'єктивно-психологічна структура. *Матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я»*. Київ, 2022. С. 72-74.
24. Зінченко С. В. Роль "Я-концепцій" в особистісному самовизначенні дорослих. *Європейський Союз – Україна: освіта дорослих: збірник матеріалів форуму до Міжнародних днів освіти дорослих в Україні*. Київ: Ніжин, 2015. С. 131-135.
25. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії : навч.-метод. посібник. Львів : ЛьвДУВС, 2020. Ч. 1. 232 с.

26. Кіреєва У. Психологічний аналіз Я-концепції у контексті самосвідомості. *Психологія і суспільство*. № 1, 2010. С. 120-130.
27. Клевец Л. Н. Соціально-психологічні умови формування психосоматичних розладів. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України*. 2012. Вип. 4. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2012_4_29 (дата звернення 29.02.2024).
28. Коваль І. А. Вплив рівня самооцінки психічних станів пацієнтів з есенціальною гіпертензією на вибір психотерапевтичної практики. *Проблеми сучасної психології*. 2011. Вип. 11. С. 332-342.
29. Коваль І. А. Готовність до ризику як комплексний механізм зменшення внутрішньої напруги у соматичних хворих. *Проблеми сучасної психології*. 2011. Вип. 12. С. 494-503.
30. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Копаниця О. В., Малхазов О. Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.
31. Коломоєць М. Ю., Павлюкович Н. Д., Ходоровський В. М., Ткач Є. П. Теорії та концепції психосоматичних захворювань. *Буковинський медичний вісник*. Том 12. № 1. 2008. С. 141-144.
32. Компанович М. С. Ретроспективний аналіз досліджень емоційних переживань як складової психосоматичних захворювань. *Психологічне консультування і психотерапія. Збірник наукових праць Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. Вип. 8. Том 1. Харків, 2017. С. 51 – 59.
33. Краєва О. А. Подолання кризи ідентичності підлітків : тренінговий курс, навчально-методичний посібник. Київ, 2021. 111 с.
34. Максименко К. С. Проблема прототипу психологічної допомоги особистості в ситуації соматичного захворювання. *Проблеми сучасної*

психології : збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. 2012. Вип. 17. С. 252–264.

35. Максименко С. Д., Шевченко Н. Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Київ : Міланік, 2007. 115 с.

36. Михайлов Б. В., Сарвір І. М., Баженов О. С., Мирошніченко Н. В. Соматоформні розлади – сучасна загальномедична проблема. *Укр. мед. часопис.* № 3. 2003. С. 73-76.

37. Мозгова Г. П., Ханецька Т. І., Якимчук О. І. Психосоматика : психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. 383 с.

38. Наказна І. М. Психосоматика : навч. посіб. Ніжин : Вид-во НДУ ім. М. Гоголя, 2010. 132 с.

39. Наконечна О. В., Рудень Д. М., Сопівник Р. В. Регіональні та вікові особливості самооцінки сучасної української молоді. *Наука і освіта.* 2017. №6. С. 172-180.

40. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

41. Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я. *Матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 17 листопада 2022 р.) : матеріали і тези доповідей / за заг. ред. проф. О. В. Бацилевої.* Київ. 2022. 163 с.

42. Панчук Н. П. Практикум з групової психокорекції : навчально-методичний посібник для здобувачів вищої освіти першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за освітньо-професійною програмою Практична психологія спеціальності 053 Психологія галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки. Кам'янець-Подільський, 2023. 368 С. URL: <http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/7361> (дата звернення 01.04.2024).

43. Пашко Л. А. Самоменеджмент лідера місцевого самоврядування (дистанційний курс) : навчально-методичні матеріали. Київ, 2017. 154 с.

44. Перетятко Л. Г. Психосоматичні розлади : сучасний стан проблеми / Л. Г. Перетятко, М. М. Тесленко. *Психологія і особистість*. 2017. № 2 (12). С. 137–147.
45. Психодіагностика : практикум / Н. О. Данильченко, А. В. Вертель. Суми : Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2010. 140 с.
46. Семак О. Психосоматичні розлади ендокринної системи у дітей гірської місцевості. *Гірська школа Українських Карпат*. 2018. № 19. С. 40-45. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/gasuk_2018_19_11 (дата звернення 10.03.2024).
47. Сепетий Д. Психофізичний дуалізм Декарта у сучасній ретроспективі. *Філософська думка*. 2016. № 3. С. 64-73. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Philos_2016_3_8 (дата звернення 29.02.2024).
48. Середа І. В. Основи психосоматики : навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів з курсу за змішаною формою навчання. Миколаїв : Видавець Румянцева Г. В., 2022. 156 с.
49. Тесельська М. І. Психосоматичні особливості впливу стресу на фізичний стан особистості / наук. кер. І. Андрійчук. *Магістерський науковий вісник Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка*. Тернопіль : ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2022. Вип. 38. С. 63-66.
50. Харченко В. Є. Соціально-психологічні особливості стресостійкості особистості. *Актуальні проблеми психології*. 2010. Вип. 20. С. 221–227.
51. Шевченко Н. Ф. Теоретичні підходи до розуміння поняття «самоповага» в історичному поступі психологічного знання. *Наука і освіта*. 2015. № 11-12. С. 19-25.
52. Шелег Л. С. Історичні етапи формування уявлень про психосоматичний статус особистості. *Актуальні проблеми психології*. 2015. Т. 10, Вип. 27. С. 663-673. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/appsu_h_2015_10_27_65 (дата звернення: 04.03.2024).

53. Шелег Л. С. Психологічне забезпечення профілактики психосоматичних розладів працівників органів внутрішніх справ : наук.-практ. посібник. Київ : НАВС, 2015. 131 с.
54. Якимчук О. Вплив сім'ї на виникнення психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2021. Вип.14 (59). С. 90–104.
55. Alexander F. Current problems in Psychosomatic Medicine. *Psychosom.* Vol. 5. 1964. 330 p.
56. Augoustinos M., Walker I., & Donaghue N. (2014). Social cognition: An integrated introduction. (3rd ed.) SAGE Publications Ltd. URL: <https://au.sagepub.com/en-gb/oce/social-cognition/book237533#preview> (date of access: 03.04.2024)
57. Beck A. T. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of general psychiatry*. Т. 4. № 6. 1961. P. 561-571.
58. Berns R. Self-concept development and education. London : Holt, Rinehart and Winston, 1982. 441 p.
59. Eikelboom, E. M., Tak, L. M., Roest, A. M., & Rosmalen, J. G. M. A systematic review and meta-analysis of the percentage of revised diagnoses in functional somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*. № 88. 2016. P. 60–67. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.07.001> (date of access: 04.05.2024)
60. Flammer E., Alladin A. The efficacy of hypno-therapy in the treatment of psychosomatic disorders : meta analytical evidence / *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 2007. V. 55 (3). P. 251-274.
61. Hange D., Bengtsson C., Sundh V. The natural history of psychosomatic symptoms and their association with psychological symptoms: observations from the Population Study of Women in Gothenburg. *Eur. J. Gen. Pract.* 2007. V. 13 (2). P. 60-66.
62. Holmes T.H., Rahe R. H. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. № 2. 1967. P. 213-218.

63. James W. The Principles of Psychology. Vol.1 Paperback June 1, 1950. 720 p.
64. Persaud R. Patients do not demand and doctors do not misunderstand – how medically unexplained symptoms become medicalized. *Psychosom.Med.* 2006. V. 68 (6). P. 993-997.
65. Rief, W., Hiller, W. Somatoforme Störungen – Körperliche Symptome ohne organische Ursachen. Bern : Huber, 1992. P. 61-70.
66. Selye H. The stress of life. New York : McGraw-Hill, 1956. 324 p.
67. Solomon Z., Benbenishty R., Waysman M., Bleich A. Compensation and psychic trauma: a study of Israeli combat veterans. *Amer. J. Orthopsychiatry.* 1994. Vol. 64, № 1. P. 91-102.
68. Shorter E. Hysteria and catatonia as motor disorders in historical context. *Hist. Psychiatry.* V. 17 (68). 2016. P. 461-478.
69. Uexküll Thure von (ed.), Psychosomatic Medicine. München : Urban & Schwarzenberg. 1997.
70. Van Hecke O. Chronic pain, depression and cardiovascular disease linked through a shared genetic predisposition: Analysis of a family-based cohort and twin studi. PLoS ONE. 2017. Vol. 12(2). URL: [10.1371/journal.pone.01700653](https://doi.org/10.1371/journal.pone.01700653) (date of access: 03.04.2024).

ДОДАТОК А

Таблиця А.1

Список респондентів

№	Ім'я та Прізвище	ВІК
1	Людмила З.	25
2	Олеся У.	41
3	Олександра Б.	19
4	Анастасія Д.	19
5	Єлизавета З.	19
6	Дар'я П.	21
7	Олена П.	40
8	Олександра Р.	21
9	Софія С.	24
10	Дарина Ш.	41
11	Сергій Д.	20
12	Иван С.	20
13	Юлія К.	47
14	Ганна С.	39
15	Олексій Д.	35
16	Олег У.	21
17	Віктор Д	39
18	Тетяна Р.	40
19	Ілля Ш.	24
20	Ванесса К.	20
21	Геннадій К.	50
22	Ольга Д.	25
23	Сергій Р.	25
24	Емілія К.	24
25	Марк К.	19
26	Мар'яна Р.	25
27	Айгюн М.	24
28	Ярослав М.	20
29	Андрій Г.	35
30	Данил Н.	19

Тест-опитувальник самоствавлення [45].

1. Думаю, що більшість моїх знайомих ставиться до мене із симпатією.
2. Мої слова не так вже часто розходяться зі справами.
3. Думаю, що багато хто бачить у мені щось подібне із собою.
4. Коли я намагаюся себе оцінити, я, насамперед, бачу свої недоліки.
5. Думаю, що як особистість я цілком можу бути привабливим для інших.
6. Коли я бачу себе очима люблячих мене людей, мене приємно вражає те, наскільки мій образ далекий від реальності.
7. Моє «Я» завжди мені цікаве.
8. Я вважаю, що іноді не гріх пожаліти самого себе.
9. У моєму житті є або були люди, з якими я був надзвичайно близький.
10. Власну повагу мені ще треба заслужити.
11. Бувало, і не раз, що я сам себе гостро ненавидів.
12. Я цілком довіряю своїм бажанням, які раптово виникли.
13. Я сам хотів багато в чому себе переробити.
14. Моє власне «Я» не здається мені чимось гідним глибокої уваги.
15. Я щиро хочу, щоб у мене в житті було все добре.
16. Якщо я і ставлюся до когось із докором, то, насамперед, до самого себе.
17. Випадковому знайомому я швидше за все покажуся приємною людиною.
18. Зазвичай я схвалюю свої плани і вчинки.
19. Власні недоліки викликають у мене щось на зразок презирства.
20. Якби я роздвоївся, то мені було б досить цікаво спілкуватися зі своїм двійником.

Продовження Додатку Б

21. Негативні свої якості я відчуваю як сторонні, чужі мені.
22. Навряд чи хто-небудь зможе відчутти свою подібність із мною.
23. У мене достатньо здібностей і енергії втілити в життя задумане.
24. Часто я не без глузування жартую над собою.
25. Саме розумне, що може зробити людина у своєму житті - це підкоритися власній долі.
26. Стороння людина на перший погляд знайде в мені багато відразливого.
27. На жаль, якщо я і сказав щось, це не означає, що саме так я і буду чинити.
28. Моє ставлення до самого себе можна назвати дружнім.
29. Бути поблажливим до власних недоліків цілком природно.
30. У мене не виходить бути для коханої людини цікавим тривалий час.
31. У глибині душі я б хотів, щоб зі мною відбулося щось катастрофічне.
32. Навряд чи я викликаю симпатії в більшості своїх знайомих.
33. Мені буває дуже приємно подивитися на себе очима людей, які мене люблять.
34. Коли в мене виникає яке-небудь бажання, я, насамперед, запитую себе, чи розумно це.
35. Іноді мені здається, що якби якась мудра людина змогла побачити мене наскрізь, вона відразу зрозуміла б, яка я посередність.
36. Часом я сам собою захоплююся.
37. Можна сказати, що я ціную себе досить високо.
38. У глибині душі я ніяк не можу повірити, що я дійсно доросла людина.
39. Без сторонньої допомоги я мало що можу зробити.
40. Іноді я сам себе погано розумію.
41. Мені дуже заважає нестача енергії.
42. Думаю, що інші, в цілому, оцінюють мене досить високо.

Продовження Додатку Б

43. У моїй особистості є, напевно, щось таке, що здатне викликати в інших гостру ворожість.
44. Більшість серед моїх знайомих не розуміє мене так само серйозно.
45. Сам у себе досить часто викликаю роздратування.
46. Я цілком можу сказати, що поважаю себе.
47. Навіть мої негативні риси не здаються мені чужими.
48. Загалом, мене влаштовує те, який я є.
49. Навряд чи мене можна любити по-справжньому.
50. Моїм мріям і планам не вистачає реалістичності.
51. Якби моє друге «Я» існувало, то для мене воно було б найнуднішим партнером у спілкуванні.
52. Думаю, що міг би знайти спільну мову з будь-якою розумною і освіченою людиною.
53. Те, що в мені відбувається, як правило, мені зрозуміло.
54. Мої переваги перебільшують мої недоліки.
55. Навряд чи знайдеться багато людей, які можуть звинуватити мене у відсутності совісті.
56. Коли зі мною трапляються неприємності, як правило, я говорю: «Так мені і треба!»
57. Я можу сказати, що, в цілому, я контролюю свою долю.
58. Я цілком щиро відповідав на питання.

ДОДАТОК В**Тестовий матеріал до методики «Шкала самоповаги Розенберга»****[10]**

1. Я відчуваю, що я достойна людина, принаймні не менше, ніж інші.
2. Я завжди схильний відчувати себе невдахою.
3. Мені здається, що у мене є ряд хороших якостей.
4. Я можу деякі речі робити не гірше, ніж більшість.
5. Думаю, що мені особливо нічим гордитися.
6. Я добре ставлюся до себе.
7. Загалом я задоволений собою.
8. Мені б хотілося більше поважати себе.
9. Інколи я добре відчуваю свою непотрібність.
10. Інколи я думаю, що я в усьому поганий.

Таблиця В.1

Ключ до методики «Шкала самоповаги Розенберга»

Відповідь	Твердження, бали	
	Прямі	Обернені
Повністю згоден	4	1
Згоден	3	2
Не згоден	2	3
Абсолютно не згоден	1	4

ДОДАТОК Г

Здоровий	Розумний, здібний	Хороший характер	Авторитетний серед однолітків	Здатний	Гарний	Упевнений у собі
↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Хворий	Дурний, нездатний	Поганий характер	Зневажають однолітки	Нездатний	Негарний	Непевнений у собі
здоров'я	розум, здібності	характер	авторитет у однолітків	вміння багато чого робити своїми руками, умілі руки	зовнішність	впевненість у собі

Рис. Г.1. Бланк до методики дослідження самооцінки та рівня домагань особистості

Таблиця Г.1

Оцінка та інтерпретація окремих параметрів

Параметр	Кількісна характеристика (бал)			
	норма			Дуже високий
	низький	середній	високий	
Рівень домагань	менше 60	60-74	75-89	90-100
Рівень самооцінки	Менше 45	45-59	60-74	75-100

ДОДАТОК Д

Таблиця Д.1

Зведена таблиця розподілу результатів дослідження за методикою діагностики «Хто я?»

№	Відповіді респондентів							
	% позначок «+», «-», «±», «?».	«Соціальне Я»,	«Комунікативне Я»	«Матеріальне Я»	«Фізичне Я»	«Діяльне Я»	«Перспективне Я»	«Рефлексивне Я».
1	100% «+»	Біологічна істота + Здобувач вищої освіти + Медсестра + Дружина + Масажист + Психолог +				Здобувач вищої освіти + Медсестра + Масажист + психолог +	Здобувач вищої освіти +	Особистість + Індивідуальність + Людина розумна +
2	85 %+ 15% ±	Маги + Донька + Дружина + Онучка + Сестра + Племінниця + Впо ± Студент +	Подруга +		Любитель поїсти ±	Працівник + Студент +		Весела людина +
3	100%+	Студентка +				Студентка +		

Продовження Додатку Д
Продовж. табл. Д.1

4	95% + 5% ±	Студентка + Староста + Дочка + Онучка +	Гарна подруга + Лідер + Терпляча до людей + Допомагаюча +	Власниця песика +		Робітниця + Люблю робити щось руками + Люблю готувати + Добрий організатор + Люблю читати + Гарно пересказую прочитане, побачене +		Турботлива + Добра + Позитивна + Відповідальна + Емоційна ± Емпатійна + Екстраверсована +
5	96% + 4% ±	Дівчина + Учениця + Студентка + Донька + Сестра + Громадянка + Онучка + Племінниця + Тітка + Одногрупниця +	Підтримка + Співчуття + Слухач + Товариш + Жартівниця + Подруга + Знайома +		Струнка + Старша + Молодша +	Робітниця + Художник +		Інтроверт ± Приклад (для когось) + Особистість + Людина +
6	90% - 10% +	Жінка + Дочка + Кохана + Студентка +	Полюбляю спілкуватися з людьми +		Приємна +			Особистість + Людина + Розумна + Прискіплива -

Продовження Додатку Д
Продовж. табл. Д.1

7	74% + 16% ± 10% -	Леді + Кохана + Любляча + Мати + Жінка + Дочка + Дружина+	Емпатійна + Чуйна +		Маленька + Красива + Світла + Ніжна + Енергійна + Іноді ледача-			Легка + Емоційна ± Добра + М'яка + Серйозна + Розсудлива + Запальна – Жорстка ± Волелюбна+ Справедлива+ Боязка ± Неординара+ Нервова - Особистість + Направляюча + Вічна дівчинка ± Вперта ±
8	70% + 20% - 10% ±	Жінка + Студентка + Дочка + Сестра +			Симпатична + Люблю солодке ±			Творча + Різка – Талановита + Закрита -
9	100% +	Жінка + Дівчина + Дочка + Сестра +			Пишнокоса + Гарна +	Смачно готую + Займаюся йогою +		Активна + Розумна +
10	78% + 11% - 11% ±	Жінка +	Цікавий співрозмовник +		Висока + Спортивна +	Виготовляю свічки +		Ерудована + Цікава + Трішки неряшлива ± Люблю поспати -

Продовження Додатку Д
Продовж. табл. Д.1

11	75% + 25% -	Чоловік + Українець +	Маю багато друзів +	Маю авто + Люблю дощ +		Працюю + Роблю 3-Д +	Хочу стати 3-Д дизайнером +	Спокійний + Не емоційний – Скептичний – Буваю ледачим -
12	100% +	Хлопець + Студент +						
13	72% + 22% ± 6% -	Жінка + Мати + Дружина + Сестра +		Люблю море, пісок +	Маленька ± Гарна фігура +	Працюю в тур- агенстві + Працюю з косметикою + Працюю в інтернеті + Знаю декілька мов + Займаюся розведенням котів ±		Розумна + Весела + Ніколи не засмучуюсь + Люблю відпочивати ± Дуже чистоплотна – Буваю пофігісткою ±
14	92% + 8% ±	Мати + Жінка + Студент + Донька + Переселенець ± Любов +	Подруга +	Покупець+ Власниця+	Красуня +	Акторка + Психолог + Водій +		
15	92% + 8% -	Чоловік + Працівник + Син + Брат +	Душа компанії +			Інженер + Програміст +		Галантний + Розумний + Весельчак + Молода душа + Часто психую -

Продовження Додатку Д
Продовж. табл. Д.1

16	100% +	Чоловік + Студент + Муж +						
17	92% + 8% ±	Чоловік + Батько + Мебляр +			Високий ± Спортивний + Сильний + Гнучкий +	Виготовляю меблі +		Турботливий + Креативний + Майстер на всі руки +
18	73% + 18% ± 9% -	Матуся + Жінка + Донька + Онучка + Кохана +	Люблю багато і довго балакати -		Красива + Богиня ±	Люблю читати + Інженер +		Люблю колкі жарти ±
19	100%	Чоловік + Хлопець + Добрий +		Власник різних скутерів +	Швидкий ?	Люблю усе чинити +		Людина з любов'ю до всього світу і без ненависті навіть у найстресовіших ситуаціях +
20	94% + 6% -	Жінка + Дружина + Кохана + Сестра + Дочка +	Подруга +		Маленька + Не слабка + Зеленоока +	Печу торти + Гарна хазяйка +		Добра + Мила + Розумна + Емпат + Буває нервую -
21	86% + 7% ± 7% -	Чоловік + Товариш + Батько трьох дітей +	Люблю проводити час у гарній компанії разом з сім'єю +	Люблю природу + Маю великий дім +, багато тварин (котів) +	Високий + Гарний чоловік + Палю -	Працівник ± Рибак +		Цілеспрямований + Юморист + Сімейна людина +

Продовження Додатку Д
Продовж. табл. Д.1

22	73% + 27% -	Жінка +			Красуня + Симпатична +	Роблю нігті + Роблю брови +	Мрію про власний салон +	Відповідальна + Дуже добра + Люблю іноді поплакатись - Іноді зла - Приймаю все близько к сердцю -
23	82% + 12% - 6% ±	Чоловік + Син + Дядько + Племінник + Брат +	Гарний друг + Вмію дати пораду коли це потрібно +		Блондин + Виглядаю молодше ± Палю -	Люблю збирати комп'ютери + Оператор програмного забезпечення +	Хочу придбати авто,+ хочу кинути палити+	Розумний + Хитрий - Дуже практичний +
24	88% + 6% - 6% ±	Жінка + Лікар + Кохана + Дочка + Сестра +	Люблю спілкуватися з друзями, колегами +	Маю авто + Люблю море +	Гарна фігура + Гарна зовнішність +	Робітниця + Лікар + Подорожую у відпустку + Займаюся танцями +		Скромна ± Завжди бракує часу -
25	86% + 14% ±	Чоловік + Син + Онук + Брат +	Маю багато друзів + Люблю ходити у гості +	Маю багато котів у домі +	Сильний +	Люблю грати ± Знаю декілька мов + Розводимо котів з сім'єю +		Смішний + Розумний + Багато мрію ±
26	80% + 10% - 10% ±	Дівчина + Студентка +	Люблю гуляти з друзями +	Полюбляю чистоту +	Красуня + Мила +		Хочу мир у всьому світі +	Вигадлива ± Спокійна + Іноді ледача -

Продовження Додатку Д
Продовж. табл. Д.1

27	92% + 8% -	Жінка + Мати + Переселенка - Колекціонер дрібничок +		Люблю гарну погоду +	Спортивна + Вродлива +	Подорожую + Колекціонер дрібничок + Гарна хозяйка +	Мрію Поїхати у Діснейленд + Мрію знайти кохання +	
28	90% + 10% ±	Чоловік + Батько дівчинки +	Товариш +		Привабливий + Високий +	Перевізник ± Граю в ігри +		Тактичний + Швидкий + Працьовитий +
29	90% + 10% ±	Чоловік + Коханий +	Гарний друг + Душа компанії +		Сильний +	Граю в комп ±	Мрію подорожувати +	Добрий + Розумний + Цікавий +
30	90% + 10% -	Чоловік + Син + Студент +		Хазяїн собаки +	Виносливий +	Займаюсь спортом +		Розумний + Веселий + Щедрий + Повільний -