

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

факультет здоров'я людини
кафедра психології та соціології

Ільчук О. В.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ
У ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ
ЗАСОБАМИ КПТ**

2025

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

Факультет здоров'я людини
(повне найменування інституту, факультету)
Кафедра психології та соціології
(повна назва кафедри)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему: «Особливості психосоматичних розладів у жінок зрілого віку та їх
корекція засобами КПТ»

Здобувачка вищої освіти спеціальності 053 Психологія,
ОПП «Психологія», групи ПС-244зм

О. В. Ільчук

Керівник роботи: д. психол. н., проф.

О. Г. Лосієвська

Рецензент: доцент кафедри педагогіки та
психології Луганського обласного інституту
післядипломної педагогічної освіти,
к. психол. н., доцент

В. В. Байдик

2025

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет _____ здоров'я людини _____
Кафедра _____ психології та соціології _____
Освітній ступінь _____ магістр _____
Спеціальність _____ 053 Психологія _____
Освітньо-професійна програма _____ «Психологія» _____

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувачка кафедри
психології та соціології
Бохонкова Ю.О.

“03” вересня 2025 року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ**

Ільчук Олени Володимирівни

1. Тема роботи: «Особливості психосоматичних розладів у жінок зрілого віку та їх корекція засобами КПТ».

Керівник роботи: О.Г.Лосієвська – д. психол.н., проф., професор кафедри психології та соціології, затверджений наказом по університету від «02» вересня 2025 року, № 141

2. Строк подання студентом роботи до захисту «10» грудня 2025 року.

3. Вихідні дані до роботи: обсяг роботи – 111 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури оформлюється згідно з бібліографічними нормами з урахуванням Національного стандарту України ДСТУ 8302:2015.

4. Зміст основної частини (перелік питань, які потрібно розробити): проаналізувати наукові джерела з зазначеної тематики; підібрати діагностичний інструментарій згідно проблеми дослідження; на основі проведеного констатувального експерименту розробити й апробувати програму соціально-психологічного тренінгу. Провести формувальний експеримент. Ефективність проведеного експерименту оцінити за допомогою математичних методів оцінки значущості відмінностей середніх величин.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): таблиці, рисунки (гістограми, діаграми, сегментограми, графіки)

6. Консультанти розділів:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1.	Лосієвська О.Г. – д. психол. н., проф., професор кафедри психології та соціології	04.09.2025 р.	16.10.2025 р.
2.	Лосієвська О.Г. – д. психол. н., проф., професор кафедри психології та соціології	17.10.2025 р.	24.10.2025 р.
3.	Лосієвська О.Г. – д. психол. н., проф., професор кафедри психології та соціології	25.10.2025 р.	03.11.2025 р.

7. Дата видачі завдання: «03»вересня 2025 р.**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Визначення проблеми, завдань дослідження та розроблення плану кваліфікаційної роботи.	04.09.2025 р. – 07.09.2025 р.	
2	Аналіз літератури за проблемою. Систематичний аналіз наукових джерел. Структурування огляду літератури. Робота над теоретичною частиною дослідження.	08.09.2025 р. – 16.10.2025 р.	
3	Узагальнення результатів констатувального експерименту.	17.10.2025 р. – 24.10.2025 р.	
4	Розробка та апробація програми соціально-психологічного тренінгу.	25.10.2025 р. – 31.10.2025 р.	
5	Обробка, графічне оформлення та психологічний аналіз результатів формульовального експерименту та оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою методів математичної статистики	01.11.2025 р. – 03.11.2025 р.	
6	Узагальнення наукових фактів, написання висновків за результатами проведення дослідження. Технічне оформлення роботи.	04.11.2025 р. – 08.12.2025 р.	
7	Попередній захист роботи	09.12.2025 р. – 10.12.2025 р.	
8	Представлення роботи на зовнішню рецензію.	11.12.2025 р. – 14.12.2025 р.	
9	Перевірка роботи на академічний плагіат.	15.12.2025 р. – 17.12.2025 р.	
10	Підготовка кваліфікаційної роботи до захисту.	18.12.2025 р. – 21.12.2025 р.	
11	Захист кваліфікаційної роботи.	22.12.2025 р. – 27.12.2025 р.	

Здобувачка вищої освіти**Керівник роботи:****д. психол. н., проф.****Ільчук О.В.****Лосієвська О.Г.**

РЕФЕРАТ

Текст – 111 с., рис. – 9, табл. – 10, літератури – 83 дж., додатків – 6

Кваліфікаційна робота присвячена актуальній проблемі виникнення і розвитку психосоматичних розладів у жінок зрілого віку.

В першому розділі розглянуто теоретико - методологічні основи вивчення психосоматичних розладів. Проаналізовано чинники виникнення психосоматичних розладів і особистісні характеристики жінок зрілого віку, які схильні до подібних розладів.

В другому розділі досліджено особливості психосоматичних розладів у жінок зрілого віку в процесі констатувального експерименту, проведено аналіз результатів.

В третьому розділі розглянуто методологічні підходи до розробки програм корекції психосоматичних розладів. Представлені корекційні заходи, які включають в себе програму соціально-психологічного тренінгу розробленої на основі програми «Самодопомога плюс» (ВООЗ), програми індивідуальних консультацій. За результатами корекційних заходів проведена оцінка ефективності за допомогою t-критерію Ст'юдента. Висновок - програма корекції може бути використана фахівцями різних напрямків сфери «людина-людина» для попередження психосоматичних розладів у жінок зрілого віку.

Ключові слова: АВТОМАТИЧНІ ДУМКИ, АКЦЕНТУАЦІЇ ХАРАКТЕРУ, ЕМОЦІЙНА НАПРУГА, ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, КОРЕКЦІЙНИЙ ВПЛИВ, ПОВЕДІНКОВА АКТИВНІСТЬ, ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ, ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ, ТРИВОЖНІСТЬ, НЕЙРОТИЗМ

ABSTRACT

Ilchuk O. V. Specific Features of Psychosomatic Disorders in Middle-Aged Women and Their Correction by Means of Cognitive Behavioural Therapy: Qualification Paper. – Qualification Paper. – Kyiv, 2025.

The qualification paper is devoted to the relevant issue of the emergence and development of psychosomatic disorders in middle-aged women.

The first chapter examines the theoretical and methodological foundations of the study of psychosomatic disorders. The factors contributing to the development of psychosomatic disorders and the personality characteristics of middle-aged women prone to such disorders are analysed.

The second chapter investigates the specific features of psychosomatic disorders in middle-aged women in the course of ascertaining experiment, and provides an analysis of the obtained results.

The third chapter addresses methodological approaches to the development of programs for the correction of psychosomatic disorders. Correctional interventions are presented, including a socio-psychological training program developed on the basis of the WHO program Self-Help Plus, as well as individual counselling programs. Based on the results of the correctional interventions, the effectiveness was assessed using Student's t-test.

The conclusion is that the correction program can be used by specialists of various professional fields within the “human–human” domain to prevent psychosomatic disorders in middle-aged women.

Keywords: AUTOMATIC THOUGHTS, CHARACTER ACCENTUATIONS, EMOTIONAL TENSION, INDIVIDUAL AND TYPOLOGICAL CHARACTERISTICS, CORRECTIVE INTERVENTION, BEHAVIOURAL ACTIVITY, PSYCHOSOMATIC DISORDERS, PSYCHOLOGICAL WELL-BEING, ANXIETY, NEUROTICISM

ЗМІСТ

ВСТУП	9
РОЗДІЛ 1 Теоретико-методологічні засади вивчення психосоматичних розладів у жінок зрілого віку	13
1.1. Аналіз літератури з проблеми дослідження	13
1.2. Психологічна та психофізіологічна характеристика жінок зрілого віку	21
1.3. Чинники виникнення психосоматичних розладів та їх розвиток.	30
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	39
РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження особливостей психосоматичних розладів у жінок зрілого віку	41
2.1. Особливості психосоматичних розладів у жінок зрілого віку	41
2.2. Емпіричне дослідження особливостей психосоматичних розладів у жінок зрілого віку	46
2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту	51
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	60
РОЗДІЛ 3. Корекційні заходи психосоматичних розладів у жінок зрілого віку засобами КПТ.	62
3.1. КПТ-терапія як інструмент впливу на психічний стан особистості.	62
3.2. Методологічні підходи до розробки програми корекції психосоматичних розладів у жінок зрілого віку засобами КПТ.	66
3.3. Програма корекції психосоматичних розладів у жінок зрілого віку засобами КПТ.	70
3.4. Оцінка ефективності корекційних заходів за	90

допомогою методів математичної статистики – t -критерію Стюдента.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	103
ВИСНОВКИ	105
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	108
ДОДАТКИ	115

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. В сучасному світі, а особливо в сьогоденні українського суспільства, яке переживає масштабні психологічні, соціальні, гуманітарні виклики, психосоматичні розлади являються надзвичайно актуальною темою. Мільйони українців в умовах війни щоденно стикаються з травматичними подіями, перебувають в стані хронічного стресу, що призводить до порушень нервової, серцево-судинної та інших систем організму.

За даними ВООЗ, в довоєнні роки біля половини пацієнтів соматичних лікарів відносилися до психосоматичних хворих, як відмічають Н. І. Завгородня, О. С. Кочарян, В. А. Федосєєв. На зараз кількість таких пацієнтів значно більше. На відчизняних психологів чекає великий обсяг роботи на довгі роки з різноманітними видами психосоматичних розладів.

Досить тривалий час сучасна клінічна медицина була зосереджена на той частині підходів в терапії захворювань, які вважалися більш передовими і науковими, а саме з позиції фізіології і загальної органічної патології. Інша частина, яка вважалася менш науковою і включала в себе велику долю розладів неясного, часто психічного походження, просто ігнорувалась. Останні десятиріччя, завдяки розвитку психологічного напрямку в розумінні виникнення психосоматичних захворювань, значення психічного в медицині значно зросло. Переоцінка впливу психічного фактору надало медицині багато ефективних інструментів для діагностування і терапії.

Викликають інтерес особливості психосоматичних розладів у жінок зрілого віку під кутом можливих психологічних проблем, в тому числі складнощів проходження вікових криз. Психологія вікових криз дорослості на сучасному етапі є недостатньо відпрацьованою областю, на відміну від психології вікового розвитку дітей і підлітків. Як правило, випадки важкого перебігу вікових криз у дорослих людей розглядаються як індивідуально-біографічні ускладнення без врахування вікової специфіки. І тому це ускладнює процес терапії.

Тема психосоматичних розладів має свій початок у філософії і медицині за часів Гіпократата і Арістотеля як нероздільна і взаємодоповнююча система духовного і тілесного. Як окремий науковий напрямок, психосоматику започаткували З. Фройд, Ф. Александер, розвивали Ф. Дойч, В. Райх, А. Лоуен та інші. Вивченням факторів виникнення і розвитку психосоматичних розладів займалися такі відомі вчені як Ф. Данбар, В. Рибалка та інші. Значним проривом в розумінні біологічних механізмів реагування на емоційні навантаження стала теорія стресу Г. Сельє, дослідження в полі якої продовжили також Р. Лазарус, В. Кеннон та інші.

Об'єкт дослідження – психосоматичні розлади у жінок зрілого віку.

Предмет дослідження – особливості психосоматичних розладів у жінок зрілого віку та їх корекція засобами КПТ.

Мета дослідження – проаналізувати особливості психосоматичних розладів у жінок зрілого віку і способи їх корекції засобами КПТ.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретико-методологічні основи вивчення психосоматичних розладів.
2. Надати психологічну і психофізіологічну характеристику жінок зрілого віку.
3. Емпірично дослідити особливості психосоматичних розладів у жінок зрілого віку.
4. Розробити програму корекції психосоматичних розладів у жінок зрілого віку засобами КПТ.
5. Надати оцінку корекційним заходам за допомогою методів математичної статистики – t-критерію Стьюдента.

Теоретична та методологічна основа дослідження полягає у використанні системного (Г. Сельє, З. Фройд), особистісно-компетентностного підходів (А. Маслоу, Г. Олпорт, К. Роджерс, В. Франкл та ін.) характерологічний підхід, теорія специфічності особистісних рис у психосоматиці (Ф. Данбар); теорія стресу (Г. Сельє); теорія специфічного

психодинамічного конфлікту (Ф. Александер); концепція залежності ризику виникнення психосоматичного розладу від типу стратегії поведінки (Р. Розенман, М. Фрідман,); соціально-психологічної взаємодії (Л. Карамушка, Л. Пілецька, С. Цимбал та ін.), самоактуалізації (Б. Братусь, А. Маслоу, К. Роджерс та ін.); теорія психосоціального розвитку особистості (Е. Еріксон); дослідження особливостей вікової психології (Сергеєнкова О.П., Столярчук О.А., Коханова О.П., Пасєка О.В., 2012); когнітивна теорія (А. Бек), методологічні положення і принципи активного соціального навчання.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз, синтез, порівняння сучасних наукових й емпіричних досліджень з проблеми психосоматичних розладів у жінок зрілого віку, а також їх узагальнення, класифікація й систематизація;
- емпіричні методи: (методика визначення типу темпераменту Г. Айзенка, шкала тривожності Спілбергера, методика діагностики поведінкової активності Л. І. Вассермана і Н. В. Гуменюк; шкала психологічного благополуччя К. Рифф);
- математично-статистичний метод – оцінювання достовірності значень за t-критерієм Стюдента.

Наукова новизна дослідження полягає

- у *поглиблені та уточнені* уявлень про сучасні підходи до вивчення конструкту психосоматичних розладів у жінок зрілого віку; про особливості психосоматичних розладів у жінок зрілого віку та їх корекції засобами КПТ;
- *розробленні* програми корекції психосоматичних розладів у жінок зрілого віку засобами КПТ.

Теоретичне значення дослідження полягає у вивченні особливостей психосоматичних розладів у жінок зрілого віку; аналізі психологічних та психофізіологічних характеристик жінок зрілого віку; поясненні методу КПТ-терапії як інструменту впливу на психічний стан особистості.

Практичне значення дослідження полягає у розробці програми корекції психосоматичних розладів у жінок зрілого віку засобами КПТ.

Представлена у дослідженні програма корекції може бути використана фахівцями різних напрямків сфери «людина-людина» для попередження психосоматичних розладів у жінок зрілого віку.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ

1.1. Аналіз літератури з проблеми дослідження

Проблематика психосоматичних кореляцій являється однією з найбільш складних проблем сучасності. Принцип неподільності, єдності тілесного і духовного був основою давньогрецької філософії і медицини. Незважаючи на те, що взаємозалежність і взаємообумовленість психічного і соматичного вивчається з часів Гіппократа і Арістотеля, термін «психосоматика», як науковий напрямок, тільки в 1818 році ввів І. Хайнрот. Він вживав це поняття, щоб описати зв'язок між фізичними недугами пацієнтів і їхніми психічними стражданнями. А в 1822 році німецький психіатр М. Якобі додав поняття «соматопсихіка» як протилежне і водночас доповнює поняття «психосоматика».

На сьогоднішній день існує досить багато теорій і моделей виникнення і розвитку психосоматичних захворювань.

В рамках психоаналітичної концепції у роботах З. Фрейда зароджується психосоматика як науковий напрямок. Відповідно до його концепції, причиною психосоматичного захворювання є тривожність і істерична конверсія. Внаслідок витіснення психічного збудження у тілесну сферу проявляється конверсія психічного конфлікту через симптоматику в різних частинах тіла. Таким чином психічний конфлікт вилучається із свідомого. З. Фрейд довів, що емоційна реакція, яка виражається у вигляді тривоги, страху, через нейро-вегетативно-ендокринні зміни з'єднує соматичну і психічну системи організму людини.

Теорія специфічного психодинамічного конфлікту Ф. Александера стала наступним етапом в поглядах того часу на виникнення і розвиток

психосоматичного захворювання. Ф. Александер, будучи послідовником конверсійної теорії З. Фрейда, в 1950 році запропонував теорію, за якою симптоми вегетативного неврозу розглядаються не як спосіб вираження пригнічених емоцій, а як фізіологічний супровід певних емоційних станів. Він зазначав, що вегетативний невроз виникає тоді, коли емоційна напруга зберігається тривалий час без зовнішньої розрядки. Згодом, якщо така напруга не знімається, функціональні зміни можуть поступово переходити у стійкі органічні ураження. Феномен психосоматики розвивається як «психосоматична медицина» [67, с. 234]. Ф. Александер використовує в терапії соматичну і психологічну методологію паралельно і узгоджено на основі концепції причинно-наслідкових зв'язків і взаємозалежності (А. Фрадинська, 2016) [67].

Ф. Дойч, продовжуючи роботу над істеричної концепцією З. Фрейда, ввів термін «соматичної мови». Соматична мова, з його погляду – це вираз потягів Id та механізмів захисту Ego, в постійних конверсійних проявах.

Характерологічно орієнтований напрямок моделей розвитку психосоматичного захворювання був закладений у давні часи Гіпократом, і надалі був розвинений Галеном, у вигляді опису людей з різними типами темпераменту – холерики, сангвініки, меланхоліки, флегматики.

Значний вклад в характерологічний напрямок внесла Ф. Данбар, створив «теорію специфічності особистісних рис у психосоматиці». Саме вона виділила коронарний, гіпертонічний, алергічний і схильний до пошкоджень типи особистості.

Її дослідження показують, що особи з коронарним типом особистості, які мають схильність до серцево-судинних захворювань, зазвичай вирізняються підвищеною агресивністю, дратівливістю та іноді жорстокістю. Вони прагнуть домінування, перемоги в будь-яких обставинах, виявляють конкурентність, нетерпимість і ворожість до оточення. Основною причиною серцевих порушень у людей з «коронарним» типом особистості вважається пригнічення емоції гніву через соціальні або емоційні обмеження. Ф. Данбар

першою визначила основні риси «гіпертонічної особистості», до яких належать часті спалахи гніву, почуття провини через власні ворожі наміри та підвищена потреба в схваленні з боку інших людей. Ф. Данбар визнавала роль внутрішньоособистісних конфліктів у розвитку психосоматичних розладів, проте наголошувала, що головне - виявити умови, за яких хронічне емоційне напруження закріплюється. З її погляду, поняття «особистісного профілю» краще відображає природу таких порушень, адже емоційні реакції пацієнта вона розглядала як похідні його особистісних рис [44, с. 36-37].

У сучасній медицині цей підхід широко використовується для вивчення типів особистостей, що мають підвищений ризик захворювань. Зокрема, його застосовують при дослідженні осіб із високою ймовірністю розвитку інфаркту міокарда, наприклад, у межах концепції так званої «поведінки типу А».

У ситуаціях нервово-психічного напруження значну роль відіграють стратегії поведінки, які обирає людина. М. Фрідман і Р. Розенман детально проаналізували особливості реакцій на стрес та пов'язані з ними психосоматичні наслідки, виділивши типи поведінкової активності: «А», «АБ» і «Б». Аналіз численних досліджень дозволив сформулювати стійке переконання, що наявність особистісних рис, характерних для типу «А», є значущим чинником ризику розвитку психоемоційного дистресу. Люди цього типу, як правило, демонструють підвищену активність, напруженість, амбітність, нетерплячість і емоційну імпульсивність. Вони прагнуть досягти поставлених цілей будь-якою ціною, а у разі перешкод можуть реагувати агресивно. Основу їх поведінки становить сильна мотивація до лідерства й соціального змагання. Дослідження показують, що серед представників типу «А» серцево-судинні захворювання, зокрема інфаркти та інсульты, трапляються приблизно вдвічі частіше, ніж серед осіб інших типів. Тип «АБ» є проміжним і характеризує врівноважену, самовпевнену та емоційно стабільну особистість, яка виявляє помірну схильність до лідерства. Для типу «Б» притаманна спокійність, чутливість і розсудливість, а також орієнтація переважно на інтелектуальну сферу діяльності. (Л. Б. Наугольник, 2014) [48] .

Алекситимічна теорія стверджує, що основою психосоматичних проявів може бути нездатність людини усвідомлювати власні емоції та вербалізувати почуття. Таки особистості мають проблеми з уявою і взаємовідносинами. У них переважає ліва півкуля мозку, що ускладнює доступ до несвідомого.

Концепції когнітивного підходу, розроблені А. Беком ґрунтуються на зміні негативних автоматичних думок при оцінюванні подій на реальні, що дозволяє змінити психопатологічні стани пацієнтів (А. Бек, 2016) [31].

Теорія контролю підкреслює значення вторинної вигоди від психосоматичних порушень, розглядаючи їх як інфантильний спосіб впливу на поведінку оточення з метою здобуття уваги, турботи чи уникнення відповідальності (Т. Б. Хомуленко, 2009) [74].

Основою теорії стресу Г. Сельє являються багаточисленні експериментально-психологічні, клініко-фізіологічні, біохімічні та цитологічні дослідження, які аналізують наслідки емоційного стресу. Дані цих досліджень дають можливість виявити механізми виникнення стресових ушкоджень, як екстремальні та тривалі стресові ситуації можуть впливати на схильність до психосоматичних захворювань, особливості їх розвитку, перебігу та лікування.

Н. Пезешкіан розглядає психосоматику в триєдиному і взаємообумовленому ракурсі - як науковий напрямок, який вивчає комплексний взаємовплив особистості хворого і суспільства; як вплив психосоматичної хвороби на життєдіяльність людини у соціумі; як специфічний лікувальний напрямок, який встановлює взаємозв'язок між емоційними переживаннями та соматичними захворюваннями і функціональними змінами в організмі [36].

Отже, узагальнюючи вищезгадані теорії, можна зробити висновок, що ініціюючу роль у виникненні психосоматичної хвороби відіграє реакція на сильне емоційне переживання, яка провокує патологічні функціональні зміни в окремих системах організму.

Таким чином, можемо стверджувати, що «психосоматика» - це напрям у медицині та психології, що досліджує вплив психологічних (переважно психогенних) чинників на виникнення та подальший розвиток соматичних захворювань. Відповідно, без дослідження і усвідомлення психологічних причин виникнення того чи іншого соматичного захворювання не може бути успішного лікування.

Поряд із терміном «психосоматика» часто вживаються також поняття «психосоматичні прояви», «психосоматичні розлади», «соматоформні розлади».

Існують два підходи до розуміння психосоматичних проявів. Перший, психоцентричний підхід, орієнтований на вивчення впливу психічного стресу (як гострого, так і хронічного) та індивідуальних психологічних характеристик пацієнта на розвиток хвороби, її прояви, перебіг і прогноз. Другий підхід, соматоцентричний, досліджує нозогенні реакції, тобто те, як клінічні прояви та динаміка соматичного захворювання впливають на суб'єктивне сприйняття хвороби і формування психічних розладів, що супроводжують тілесні страждання (Г. В. Афузова, 2013) [2].

Психосоматичні розлади більшість сучасних науковців визначають як психологічні стани, що виникають у результаті взаємовпливу психічних і тілесних чинників. Вони можуть проявлятися як соматизація психічних порушень, психічні реакції на наявне соматичне захворювання або ж розвиток тілесної хвороби під впливом психогенних факторів (Д. М. Харченко, 2015) [69].

Для соматоформних розладів характерні стійкі або повторювані скарги на фізичні симптоми, такі як біль, втома, порушення роботи внутрішніх органів, при цьому медичне обстеження не виявляє ніяких органічних причин. Причини таких розладів зазвичай пов'язані з психологічними чинниками, зокрема стресом, тривогою, депресією чи внутрішніми конфліктами, а їх фізіологічні прояви можуть змінюватися з часом. Можна сказати, що соматоформний розлад – це тілесне переживання психологічних проблем.

Сучасний погляд передбачає наступний поділ психосоматичних захворювань і розладів: конверсійні і функціональні симптоми, психосоматози.

Конверсійні симптоми. Невротичний конфлікт являє собою вторинне соматичне відображення та певну форму опрацювання. Симптом має символічне значення, а його прояв можна розглядати як спробу вирішити внутрішній конфлікт. Конверсійні симптоми зазвичай стосуються довільної моторики або органів чуття. Серед прикладів - істеричні паралічі та парестезії, психогенна сліпота й глухота, блювання, больові відчуття.

Функціональні синдроми. До цієї групи належить більшість так званих «проблемних пацієнтів», які звертаються зі скаргами різного характеру - з боку серцево-судинної, травної, опорно-рухової, дихальної або сечостатевої систем. Часто ці симптоми мають нечіткий характер і не супроводжуються органічними порушеннями, обмежуючись лише функціональними збоями. Ускладнення для лікаря спричиняє різноманіття термінів, якими описуються такі скарги. На відміну від конверсійних симптомів, деякі соматичні симптоми не мають конкретного символічного змісту, а є неспецифічним наслідком порушення функціонування організму. Ф. Александер описував такі прояви, як тілесні ознаки емоційного напруження без чіткої форми та визначав їх як органні неврози.

Психосоматози. Це психосоматичні захворювання більш конкретизовані. В їх основі лежить первинна реакція на психоемоційний конфлікт з діагностованими органічними змінами. Вибір органу, на який спрямований вплив, може залежати від індивідуальної схильності. Такі хвороби, що супроводжуються органічними ураженнями, зазвичай називають справжніми психосоматичними захворюваннями або психосоматозами. На початковому етапі виділяли сім психосоматозів («Holy seven»): бронхіальна астма, виразковий коліт, есенціальна гіпертензія, нейродерміт, ревматоїдний артрит, виразка дванадцятипалої кишки, гіпертиреоз. Пізніше до цього списку

додалися рак, деякі інфекційні захворювання та інші (Н. І. Завгородня, О. С. Кочарян, В. А. Федосєєв, 2017) [36].

Механізм виникнення психосоматичних захворювань складний і може визначатися різноманітними факторами. Зокрема це неспецифічна спадкова або вроджена схильність до соматичних розладів, наявність спадкової схильності до психосоматичних захворювань, порушення у функціонуванні центральної нервової системи, певні особистісні риси, а також психофізичний стан людини на момент переживання психотравмуючих подій. Крім того, важливу роль можуть відігравати несприятливі родинні стосунки, соціальні умови та характер самих травмуючих ситуацій [74; с. 16-17].

Зазначені чинники не лише сприяють виникненню психосоматичних розладів, а й підвищують вразливість людини до психоемоційних стресів, послаблюють її психологічні та фізіологічні захисні механізми, погіршують перебіг захворювання. Індивідуальна схильність може зумовити вибір органу або системи, яка стає мішенню (Н. І. Завгородня, О. С. Кочарян, В. А. Федосєєв, 2017) [36].

Окремим тригером виникнення і розвитку психосоматичних розладів можна виділити вікові кризи, які людина долає на протязі життя.

Вікові кризи особистості - це перехідні, часто емоційно напружені періоди у психічному розвитку людини, які виникають на межі певних вікових етапів та пов'язані зі змінами у внутрішньому світі особистості, її соціальній ролі та життєвих обставинах.

Зокрема, Е. Еріксон відмічав, що криза ідентичності - це поворотний момент в розвитку людини, з якого вона може вийти як більш сильною і адаптованою до нових викликів, так і ослабленою і травмованою, не впоравшись з вирішенням конфлікту цього моменту. Позитивним результатом проходження цієї кризи буде надбання нових позитивних якостей особистості, (наприклад, збільшення емпатії, ініціативність, працьовитість та інші). Але результатом кризи може бути й невдача, і тоді в ідентичність вбудовуються, наприклад, такі якості як недовіра, невпевненість в собі, почуття вини та інші.

В наступний етап життя людина входить з результатами попередніх криз, над якими працювати далі ще складніше (О. Б. Столяренко, 2012) [63].

Основою емоційної напруги в період вікових криз є виникаючі внутрішні або зовнішні суперечності, неминучі на шляху психологічного розвитку. Фактором позитивного проходження вікової кризи являється показник психічного здоров'я (суб'єктивне благополуччя). Цей показник зумовлюється такими чинниками, як цілісність особистості, орієнтація на самореалізацію, здатність до саморегуляції, розвиток творчого й креативного потенціалу, схильність до співпраці з іншими, уміння формувати систему цінностей і знаходити сенси, досягнення внутрішньої гармонії та врівноваженості, осмислення життєвого досвіду, автентичність, рефлексивність, здатність до емпатії та прояви людяності. [11].

Якщо ж людина схильна спотворювати реальність, долати кризи шляхом різного роду психологічного захисту, такого як уникання, витіснення, заперечення або емоційне відсторонення від проблеми, результати можуть мати безліч негативних наслідків, таких як погіршення або руйнування відносин, ірраціональність поведінки, і як результат психосоматичні розлади (О. Б. Столяренко, 2012) [63].

Отже, на перебіг переживання вікової кризи впливає фактор психологічного благополуччя особистості. Психологічне благополуччя полягає не у відсутності труднощів, а у наявності внутрішніх ресурсів для їх подолання. Це не про уникнення криз, а про впевненість у власній здатності пройти через них, вирішити конфлікти, відновити сили після втрат.

Підсумовуючи багаточисленні відомі теорії і напрямки в дослідженнях виникнення і розвитку психосоматичних захворювань, можна зробити висновок, що проблема психосоматики розглядається з точки зору медицини і психології паралельно і узгоджено. Специфіка психосоматичної хвороби визначається біологічними факторами, а психологічні являються вирішальним тригером. Індивідуальні психологічні особливості зумовлюють схильність, умови виникнення і перебіг хвороби.

1.2. Психологічна та психофізіологічна характеристика жінок зрілого віку

Основними характеристиками зрілого віку людини можна вважати накопичений життєвий досвід, відносну стабільність життя, професійну реалізацію, соціальну відповідальність. Умовно цей вік виділяють в проміжку з 35-40 до 60-65 років. В цей час особистість вже повністю сформувала чітку систему цінностей, набула здатності до саморефлексії і саморегуляції. Зрілий вік також характеризується прагненням до гармонізації між особистісним і суспільним, між власними потребами і потребами інших. Однак цей період може супроводжуватися кризовими моментами, зумовленими переоцінкою пройденого життєвого шляху, аналізом власних досягнень і відчуттям незадоволеності через нереалізовані очікування чи наміри.

Культурно-історична концепція розглядає вікові кризи дорослості як природний і закономірний етап подальшого розвитку особистості, що виникає в результаті змін у соціальному середовищі людини та її усвідомлення майбутніх ідеалів і цілей наступного вікового періоду. Інші погляди і концепції, характерні для зрілого віку, формуються ще на попередньому етапі, хоча й залишаються прихованими, а в період вікових криз стають явними та засвоюються особистістю. Ці новоутворення забезпечують психологічну готовність до переходу в нову фазу життя. Причиною вікових криз насамперед є руйнування звичних соціальних умов розвитку та поява нових, які краще відповідають актуальному рівню психічного дозрівання людини.

Є кілька нормативних вікових криз із своїми особливостями і викликами [11].

Криза розвитку дитини. У цей період відбуваються важливі зміни у фізичному та психологічному становленні дитини. Вона починає активно формувати стосунки з однолітками та дорослими, особливо в моменти

переходу, наприклад, із дитячого садка до школи, коли розвиваються соціальні навички та починає формуватися її ідентичність.

Криза ідентичності підліткового віку (приблизно 12-18 років). Вона пов'язана з особистісним самовизначенням, становленням життєвих цінностей, ролі в соціальних відносинах, відстоюванням власних переконань, усвідомленням цілей життя.

Криза середнього віку (приблизно 40-50 років). В цей період людина переосмислює результати свого життя, кар'єру, професійний вибір, сімейні стосунки, особисті цілі. Ця криза вважається найтяжкою, проте вона може сприяти пошуку нового сенсу життя і переходу на більш високу сходинку психологічного розвитку.

Криза старіння (приблизно після 60 років і старше). У цей період люди стикаються з втратами близьких, замислюються над сенсом життя, смерті і тим, який слід залишать по собі. Можуть виникати фізичні обмеження, знижуватися самооцінка, що потребує переосмислення свого місця в житті та стосунків з оточенням [11].

Кожний наступний період базується на набутому досвіді у попередньому періоді. Подальший перебіг розвитку життя визначається тим, чи набуде цей досвід позитивного або негативного характеру. В кожному з періодів перед людиною стоїть завдання, котре вона повинна вирішити на цьому етапі. Вона стоїть перед вибором між різнополюсними рішеннями проблем, які обумовлені соціальними очікуваннями і внутрішніми мотиваціями особистості. Перехід від одного етапу розвитку ідентичності, в процесі вирішення проблем цього етапу, до наступного, може викликати кризу ідентичності, як наслідок суттєвих змін в тієї самої ідентичності.

Період вікової зрілості починається з переживання найбільш складної кризи – кризи середини життя або переосмислення її наслідків. Незважаючи на те, що люди в період середньої дорослості по-різному сприймають свій психологічний вік, для цього періоду все ж притаманні певні характерні фізичні та когнітивні особливості.

У жінок в цьому віці відбуваються помітні гормональні зміни. Вони особливо чутливо реагують на період клімаксу - поступове згасання репродуктивної функції, яке завершується менопаузою. Цей перехід часто є складним як у фізичному, так і в психологічному плані, нерідко супроводжується проявами депресії. Менопауза також пов'язана підвищеним ризиком розвитку серцево-судинних захворювань [11].

В зрілому віці також починає уповільнюватися робота нервової системи, зменшується гнучкість хребта і суглобів, шкіра втрачає еластичність. Після 45 років причиною смерті часто стають серцево-судинні захворювання, онкологія та інші.

Перші ознаки старіння сприймаються важко, особливо жінками, і потребують досить тривалого періоду адаптації. Цей період – період руйнації деяких надій та ілюзій, а наявність хронічних захворювань і пов'язані з ними обмеження можуть викликати песимізм і негативне ставлення до перспектив життя.

Зниження деяких психофізіологічних функцій (зір, нюх, смакова чутливість та інші) не відбивається негативно на активності і працездатності. А така функція, як вербально-логічна тільки зростає до 50 років і уповільнюється після 60 років., як показали лонгітюдні дослідження Л. Шоемфельдта та В. Оуенса. У людей, зайнятих інтелектуальною діяльністю, когнітивні і креативні якості зберігаються достатньо довго [11, с. 267].

У зрілому віці інтелектуальні здібності змінюються по-різному. Виокремлюють текучий і кристалізований інтелект. Перший відповідає за засвоєння нової інформації та з віком знижується, тоді як кристалізований, що пов'язаний із використанням набутого досвіду, аналізу інформації та рефлексії, зберігається і навіть покращується порівняно з юністю [11].

В зрілому віці, в процесі подальшого психологічного розвитку особистості, жінка вирішує такі важливі питання, як прийняття вікових фізіологічних змін і формування життєвої мудрості, досягнення збалансованого рівню життя, поглиблення особистісної близькості в

подружніх відносинах. Також важливим і складним завданням є прийняття дорослості і самостійності дітей, адаптація взаємин з батьками до їх старіння.

Вирішення подібних питань спонукає замислитися про результати життя, передачу набутого досвіду, про внесок в оточуючий світ. За Е. Еріксоном, такі прагнення носять назву «генеративності» [11, с. 269]. Генеративність проявляється в прагненні людини дбати про інших, передавати досвід, виховувати дітей і робити внесок у суспільство, відчуючи свою корисність і відповідальність за майбутнє. Стагнація ж виявляється в егоцентризмі, замкненості й відчутті порожнечі. Перевага генеративності приносить задоволення від турботи про інших, тоді як стагнація веде до ізоляції та втрати сенсу життя (О. Б. Столяренко, 2012) [63].

Зі зниженням фізичної сили та погіршенням здоров'я людина дедалі більше зосереджується на розумовій діяльності, надаючи перевагу мудрості. У спілкуванні акцент зміщується від сексуальності та суперництва до товариськості. Емоційна гнучкість допомагає долати життєві кризи, а розумова - відмовлятися від застарілих поглядів і адаптуватися до змін. Життєва мудрість ґрунтується на досвіді, умінні об'єктивно оцінювати ситуації та справлятися з невизначеністю. Вона проявляється і в ставленні до себе - через гармонійну самооцінку, самоповагу та глибше саморозуміння.

Життєва мудрість допомагає жінці адекватно реагувати на стресові ситуації. У зрілому віці схильність до стресів є поширеною через високу інтенсивність та емоційне напруження цього періоду. Оскільки хронічний стрес негативно впливає на емоційне благополуччя й ослаблює імунну систему, особливо важливими стають навички долаття стресу і контроль над подіями, що його провокують [11].

Важливою ланкою в розвитку особистості у зрілому віці являється збалансована самоповага. Вона досягається шляхом досягнення життєвих цілей, професійного і духовного зростання, здобуття поваги у родині і соціумі. Часто характеризується психічним станом повної залученості і концентрації на діяльності, і отриманням від цього процесу глибокого задоволення.

Такий психічний стан описав М. Чіксентміхаї в теорії потоку. У стані потоку людина в повній мірі застосовує свої вміння для розв'язання складних, але посильних завдань, відчуваючи зміну сприйняття часу й втрачаючи відчуття значимості всього іншого. Це одне з центральних понять позитивної психології, яке протиставляється пасивному відпочинку, адже найяскравіші моменти життя зазвичай пов'язані з напруженням розумових або фізичних сил, спрямованих на досягнення значущої мети. Під час перебування у стані потоку людина ясно усвідомлює свої цілі й одразу отримує зворотний зв'язок щодо успішності їх досягнення. Вона відчуває контроль над ситуацією, навіть якщо вона є дуже складною. Це свідчить про самореалізацію особистості (М. Чиксентмігаї, 2017) [80].

Самореалізація в зрілому віці має і свою негативну сторону. Вона може бути пов'язана з тривожністю і емоційною напругою через зміни в житті, невизначеністю і ризиками. Це може стати перешкодою на шляху подальшого особистісного зростання. Жінки в зрілому віці більше зосереджуються на особистісній самореалізації, сімейних відносинах, адаптації до старіння.

Жінки часто болісно сприймають ознаки старіння як втрату жіночності та привабливості, що загострює переживання кризи середнього віку. Найважливою сферою залишається родина. Їх турбує самотність, проблеми дорослих дітей, турбота про літніх батьків або розлучення. Жінки особливо чутливо реагують на втрату кохання, адже подальше створення сім'ї здається малоімовірним. Крім того, жінки часто виснажуються фізично та емоційно через рольове напруження і конфлікти.

Окрему ланку в цей період у житті жінки займають дорослі діти. Вона повинна прийняти дорослість своїх дітей, в зв'язку із закінченням періоду їх активного виховання. Визнати їх незалежність і переорієнтуватися на подружні стосунки. Момент «спустілого гнізда» деякі приймають з розумінням і довірою, інші - реагують тривогою чи депресією. Особливо боляче це явище переживають жінки, які виховували дітей самостійно і бачили в цьому єдиний сенс свого життя.

Зрілий вік приносить жінці зміну ролей у відносинах з батьками. Як доросла дитина, вона бере на себе керівні функції, оскільки старі батьки все більше потребують допомоги. Вирішення сімейних і практичних питань поступово переходить до неї. Тривалий догляд може викликати в жінки стрес і внутрішній конфлікт, особливо при поєднанні з іншими обов'язками, а згодом - почуття провини, що зроблено недостатньо. Втрата батьків супроводжується глибоким відчуттям самотності, полегшити яке може підтримка дітей і партнера [11].

У зрілому віці ті жінки, хто зумів зберегти шлюб, зазвичай відзначають високий рівень задоволення від подружніх стосунків. Це позитивно впливає на загальне ставлення до життя та сприйняття цього складного періоду. З роками пристрасне кохання, яке було провідним на початку стосунків, поступово трансформується. На першому плані становляться емоційна близькість, взаємна підтримка, довіра й дружнє спілкування. Таке поглиблення стосунків сприяє стабільності та душевному комфорту. Взаєморозуміння, проживання схожих проблем вікових змін полегшує сприйняття цього періоду. Теплі взаємини з партнером по шлюбу сприяють збереженню позитивної «Я-концепції» і забезпечують відчуття захищеності. В такій атмосфері зріла пара знаходить нові інтереси і цілі [11].

Якщо зберегти гармонійні подружні стосунки не вдається, зростає ризик розлучення. Основними причинами стають хронічна емоційна втома партнерів одне від одного, несумісність інтересів, відмінності у соціальному колі, сексуальна несумісність та тривале психологічне відчуження.

Більшість жінок, при розлученні в цьому життєвому періоді, сприймає його як особисту поразку. Відчуває сум, гнів, розчарування, іноді провину. Але часто і відчуття контролю над ситуацією, якщо ініціатором розлучення була саме жінка. Причиною краху тривалих стосунків в зрілому віці можуть з'явитися: алкоголізм, зрада чи підозра в зраді; несумісність характерів; рутинізація подружнього життя; безвідповідальне ставлення до родинних обов'язків; хвороба одного з членів подружжя [11].

В будь-якому випадку, незалежно від того, хто був ініціатором розлучення, ця подія проходить з великим емоційним навантаженням, супроводжується часто відчаєм і пригніченням, травмуючи обох партнерів. Зміни в житті, які неминуче відбудуться після цієї травмуючої ситуації, теж потребують емоційного напруження для пристосування до нової дійсності.

Успішність пристосування до нового життя залежить від сприйняття жінкою свого нового стану. Якщо вона сприймає розлучення як полегшення, свободу від обмежень і обов'язків, їй легше адаптуватися і планувати подальше життя. А відчуття самотності і приреченості вводять жінку в тривалий стрес.

Важливим аспектом розвитку особистості являється професійна самореалізація. І хоча ця сфера більш значима для чоловіків, для жінки в зрілому віці професійна кар'єра, професійні інтереси і професійна майстерність сприяють позитивної «Я-концепції» і підвищенню самоповаги. Оскільки професіоналізм вимагає постійного розвитку, жінка залишається залученою до самовдосконалення.

Зрілий вік в професійному аспекті – період не лише досягнень, а й переосмислення кар'єри, що часто супроводжується кризою. Незадоволення роботою може бути спричинене повільним кар'єрним зростанням, відсутністю перспектив чи матеріальної стабільності. Це посилюється, якщо людина втрачає роботу або змушена кардинально змінити професійний напрям, що є серйозним стресовим фактором через зниження адаптивних ресурсів. Передчасний вихід на пенсію, часто супроводжується депресією та почуттям втрати сенсу.

Жінки зрілого віку зазвичай цінують стабільність у професії, тому досягнення кар'єрного «плато» дозволяє їм зменшити напруження від постійних змін. У цьому віці багато хто вже займає керівні посади та користується результатами професійного зростання. Водночас перебування на «плато» може призводити до застою та втрати мотивації до подальшого розвитку.

Професійна самореалізація може мати і негативні прояви, такі як професійні деструкції. Це поступове накопичення стійких негативних змін особистості. Негативна сторона професійної реалізації сучасної жінки в умовах високої соціальної конкуренції і поєднанні професійних і сімейних обов'язків. Це призводить до фізичного виснаження, психоемоційного перенапруження та зростання ризику хронічних захворювань[11].

Основними проявами професійних деструкцій є емоційне вигорання, що проявляється у втраті інтересу до роботи, зниженні енергії та формуванні цинізму у ставленні до професійних обов'язків. Це також може проявлятися у погіршенні міжособистісних відносин, яке виражається у конфліктах з колегами та близькими. Важким проявом може стати зниження самооцінки коли навіть високі професійні досягнення не компенсують втрат у особистому житті. Або навіть у вигляді деформації особистості, що полягає в надмірній орієнтації на роботу й поступовій втраті інтересу до інших сфер життя [11, с. 285-287].

Причиною професійних деструкцій можуть бути такі фактори, як невдалий вибір професії, розвиток стереотипності професійної поведінки, постійне емоційне напруження, зниження рівню інтелекту, досягнення граничного рівня професіоналізму або професійне старіння.

Найбільш розповсюджений вид професійної деструкції на сучасному етапі - професійне вигорання. Професійне вигорання - стан фізичного, емоційного та психічного виснаження, що поступово формується під впливом тривалого стресу та надмірних професійних навантажень. Характеризується втомою, зниженням мотивації, байдужістю до роботи й емоційним відстороненням [11].

Стан професійного вигорання негативно відображається не тільки на професійної діяльності, а й на відносинах в колективі і родині. Хронічний тривалий стрес може мати як наслідок психосоматичне захворювання.

Підсумовуючи різноманітні аспекти, з точки зору теорії періодизації психосоціального розвитку особистості Е. Еріксона, жінка зрілого віку

представляє собою майже закінчений образ, який склався послідовно проходячи всі стадії формування психіки від народження, кожна з котрих залишила свій позитивний чи негативний відбиток (О. Б. Столяренко, 2012) [63].

На цьому етапі життя у жінки вже достатньо самостійні діти. Вона стабільно пов'язана з конкретним колом занять, сталим колом друзів, сформованим сприйняттям світу. Настає момент роздумів, чи задоволена людина тим, що вдалось чи не вдалось до цього часу. В цьому періоді Е. Еріксон вводить такий параметр як «загальнолюденність» й «самопоглиненість».

Загальнолюденністю Е. Еріксон називає здатність людини проявляти інтерес до долі інших людей, які не є людьми ближнього круга, замислюватися над проблемами майбутнього покоління, причинно-наслідкових зв'язків життя суспільства й світу. Цей образ мислення пов'язаний із піклуванням про людей і їх майбутнє. Приходить мудрість, яка дає змогу відсторонено дивитися на свої вчинки та інших, а також на їх наслідки.

Самопоглиненість характеризується зосередженістю на собі, образ мислення пов'язаний з турботою про задоволення своїх потреб і власного комфорту.

По якій траєкторії йде розвиток психіки жінки в цьому віці зумовлює уся сукупність психологічних рис, яка склалась на шляху проходження всіх періодів формування психіки на протязі життя. З чим вона зустріне свою старість, що принесуть підсумки життя – задоволення і спокій, чи відчай і безнадія.

Отже, сукупність психологічних рис жінки зрілого віку визначає рівень показника психологічного здоров'я і благополуччя. Чим вищий рівень показника психологічного здоров'я, тим більш ефективний спосіб подолання труднощів вона обирає. Тим більше шансів пройти періоди криз без негативних наслідків, а, можливо, й з надбанням великої цінності - досвіду

особистісного зростання, який і в подальшому житті буде основою успішного вирішення складних проблем.

1.3. Чинники виникнення психосоматичних розладів та їх розвиток

Як відмічалось раніше, фізичне здоров'я тісно взаємозв'язано з психічним здоров'ям людини. Соматичні захворювання можуть дуже негативно впливати на психіку, викликаючи депресію, безпорадність, тривожність, страх смерті, і, навпаки, психічні проблеми можуть суттєво впливати на фізичне самопочуття, викликаючи соматичні симптоми без будь-яких органічних змін. Так звані соматопсихічні і психосоматичні процеси.

У сучасній психосоматичній науці виділяють схильність як сукупність факторів, що можуть як сприяти, так і стримувати розвиток захворювання. Схильність розглядається як вроджена (наприклад, генетично обумовлена) або, в деяких випадках, набута готовність організму, яка за певних обставин може проявитися у формі органічного чи невротичного порушення. Поштовхом до його виникнення зазвичай слугують складні життєві обставини.

Людина, яка перебуває в гармонії зі своїм оточенням, здатна витримувати значні фізичні та психічні навантаження без розвитку захворювань. Проте в реальному житті можуть виникати особистісні труднощі, що спричиняють глибоку емоційну фіксацію та внутрішній дискомфорт. Саме психосоматично вразливі люди схильні до емоційної пригніченості й не завжди здатні адекватно усвідомити та описати свій стан.

Відтак, сучасний погляд на виникнення і розвиток психосоматичних розладів включає в себе велику кількість діючих факторів. Сукупність фізіологічних, психологічних і соціальних чинників, що переплітаються й доповнюють один одного, відіграє основну роль у формуванні таких розладів.

Виокремлюють наступні фактори, які сприяють виникненню психосоматичного розладу:

- неспецифічна спадкова та вроджена схильність до соматичних порушень;
- спадкова схильність до психосоматичних захворювань;
- порушення діяльності ЦНС;
- особистісні особливості;
- психофізичний стан на момент дії психотравмуючих подій;
- несприятливий фон родинних відносин або інші суспільні фактори;
- особливості психотравмуючих подій [48].

Перераховані фактори, один або комбінація декількох, роблять людину вразливою до психоемоційного стресу, що може дати поштовх для виникнення психосоматичного захворювання (Л. Б. Наугольник, 2015) [48].

Як відзначалось раніше, головну роль у виникненні психосоматичної хвороби відіграє реакція на сильне емоційне переживання, яка провокує патологічні функціональні зміни в окремих системах організму. Відповідно до психоаналітичної теорії З. Фрейда, емоційна реакція, яка виражається у вигляді тривоги, страху, через нейро-вегетативно-ендокринні зміни з'єднує соматичну і психічну системи організму людини (О. Д. Литвиненко, 2016) [40].

Стрес - це загальна адаптаційна реакція організму на будь-який значущий або загрозливий чинник. Він може бути як короткочасним, так і тривалим (хронічним), залежно від характеру та тривалості дії стресора. Серед основних проявів хронічного стресу - внутрішнє напруження, відчуття втоми, порушення сну, зміни апетиту, а також гормональні збої. На фізіологічному рівні у такому стресі беруть участь гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова система, що спричиняє підвищення рівня кортизолу. Основна увага при цьому зосереджена на адаптації до фізичних, емоційних або соціальних навантажень. Водночас сам стрес може посилювати або хронізувати відчуття страху й

тривоги, створюючи замкнене коло, у якому психоемоційний стан дедалі більше погіршується [48].

Основоположник вчення про стрес Г. Сельє досліджував фізіологічні прояви організму людини на стрес. Згідно його вчення, стрес – це неспецифічна реакція організму на підвищену вимогу до нього. Г. Сельє виокремив три стадії стресової реакції: тривоги, адаптації та виснаження. На початкової стадії організм реагує на вплив зовнішніх подразників і намагається пристосуватися. У фазі адаптації відбувається тимчасове пристосування до нових умов. Якщо ж дія стресора триває надто довго, гормональний процес переходить у патологічну форму, що може спричинити психосоматичний розлад і навіть смерть. Такі психосоматичні захворювання, як артеріальна гіпертонія, неспецифічний коліт, виразкова хвороба шлунку та інші, є наслідками довготривалих психологічних стресів (Л. Б. Наугольник, 2015) [48].

Вегетативна нервова система, яка виконує посередницьку функцію між центральною нервовою системою та внутрішніми органами й відповідає за регуляцію життєво важливих процесів в організмі, водночас є провідником емоційних станів у нормі та при патологіях. Саме вона відіграє ключову роль у вираженні афекту. Вегетативна нервова система складається з двох відділів: симпатичного і парасимпатичного.

Під час стресу чи небезпеки активується симпатична нервова система, мобілізуючи організм – перша стадія «тривога» - пришвидшує серцебиття і дихання, напружує м'язи, розширює зіниці, підвищує тиск, готує тіло до дії «бий або біжи». Основні гормони стресу, які виділяються в цей момент - адреналін, норадреналін і кортизол. Причому адреналін, норадреналін мобілізує організм до самої дії «бий або біжи», а кортизол виконує функцію адаптації до стресового стану всього організму – друга стадія «адаптація». Однак за умов тривалого впливу стресора настає виснаження гормональних ресурсів, що призводить до порушення адаптаційних механізмів – третя стадія «виснаження». Унаслідок цього процес переходить у патологічну форму і

може закінчитися розвитком захворювання або навіть смертю людини (Л.Б. Наугольник, 2015) [48].

Парасимпатична нервова система, навпаки, відповідає за відновлення й заспокоєння після стресу: знижує частоту серцевих скорочень, нормалізує дихання, стимулює травлення та сприяє загальному відновленню організму.

Разом ці системи забезпечують баланс - симпатична активує ресурси в екстрених ситуаціях, а парасимпатична допомагає повернутися до стану спокою.

Вищим центром вегетативної нервової системи є гіпоталамус. Він виконує ряд важливих функцій. Він координує діяльність нервової і гуморальної (ендокринної) систем організму; регулює секрецію гормонів передньої долі гіпофізу, виділення адренокортикотропного гормону наднирниками; відповідає за сон, енергетичний обмін і інтенсивність харчування; формує емоційні реакції.

Під час первинного емоційного впливу, який виникає при зіткненні людини зі стресором, саме гіпоталамус відіграє ключову роль у формуванні початкових нервово-гуморальних реакцій організму. Він підвищує активність симпатичної нервової системи і викликає секрецію антистресорних гормонів [48].

Нервово-гуморальні реакції – це взаємодія нервової та гуморальної (ендокринної) систем організму, спрямована на підтримку гомеостазу. Нейрогуморальна регуляція забезпечує швидкі та тривалі адаптації організму до змін зовнішнього характеру.

Вісцеро-вегетативні реакції – це непряма реакція організму на подразники, пов'язані з внутрішніми органами (вісцери), яка проявляється через зміни в діяльності вегетативної нервової системи. Особлива чутливість вегетативної нервової системи проявляється не лише під час сильного афекту. Вісцеро-вегетативні реакції можуть виникати і в процесі адаптації, а також у відповідь на незначні емоційні стимули, пов'язані навіть із тонкими інтелектуальними процесами. Навіть незначна, але особистісно значуща для

людини подія чи враження здатна стати пусковим механізмом розвитку хворобливих розладів [48].

Вісцеро-вегетативна симптоматика, яка супроводжує тривалі емоційні розлади, фактично є закріпленням почуття страху чи тривоги в певному органі або ділянці тіла. Це свідчить про можливість виникнення болю психогенного характеру, а також функціональних порушень у роботі органів або систем, що проявляються як так звані органні або системні неврози. У такому випадку вегетативна нервова система виконує роль провідника між психічною сферою та соматикою, слугуючи основою, на якій проявляється єдність і взаємопроникнення психічного та фізичного [48].

Якщо емоційне переживання не блокується захисними психологічними механізмами, а спрямовується на тілесну сферу, воно уражає певну систему органів. Функціональні порушення з часом переходять у структурні зміни, що призводить до розвитку психосоматичного захворювання. У цьому випадку психічний фактор стає тригером. Переживання фіксується як стійка психічна установка, яка підтримує патологічні імпульси. Хворі відчувають нечіткий фізичний дискомфорт, що за певних умов активізує та закріплює хворобливі відчуття.

Патологічний стан виникає, коли незвична імпульсація з внутрішніх органів до ЦНС посилює тілесні відчуття. Негативні емоції, пов'язані з роботою організму, підкріплюються особистісними реакціями хворого. У результаті навіть незначні зміни в роботі органів або звичайні фізіологічні процеси можуть сприйматись як патологічні. Вогнище патологічної імпульсації закріплюється через зв'язки з різними системами організму.

Особливу роль у розвитку психосоматичних розладів відіграє довготривала емоційна пам'ять. Яскраві переживання, зокрема страх чи паніка, залишають стійкий слід (енграму) в пам'яті. При стресі чи фізичному виснаженні ці сліди можуть активуватися, викликаючи повторну появу симптомів, навіть без реальної загрози. Наприклад, напад тахікардії з відчуттям страху може бути спровокований лише спогадом про попередній

травматичний досвід. Основною причиною таких реакцій стає не тяжкість хвороби, а глибина психологічного переживання, пов'язаного з нею, особливо страх смерті [48].

Слід відмітити, що багаточисленні дослідження показують, що найчастіше серцево-судинна система стає мішенню, куди влучає стрес. Більшість дослідників вважають, що ключовим патогенним фактором, який впливає на серцево-судинну систему під час стресу, є активація катехоламінових і адренокортикостероїдних механізмів. Вони порушують проникність клітинних мембран серцевого м'яза, що призводить до метаболічних збоїв і розвитку гіпоксії. Причому присутній взаємообратний зв'язок між стресом і ішемією серцевого м'яза: з одного боку, стресова реакція може спричинити спазм або тромбоз коронарних судин, що призводить до ішемії, а з іншого - ішемія, незалежно від її причин, викликає біль і страх смерті, провокуючи сильний емоційний стрес (Л. Б. Наугольник, 2015) [48].

Таким чином, кожне психічне порушення певною мірою проявляється через тілесні відчуття та фізіологічні процеси як у нормальному стані, так і при патології. Тому будь-який травмуючий випадок може стати тригером для виникнення психосоматичного розладу.

Р. Лазарус розширив дослідження реакції на стрес Г. Сельє з погляду не тільки фізіології, а й психіки і поведінки. Він зробив висновки, що фізіологічні реакції на стрес є високостереотипними, тоді як психологічні – індивідуальні і не завжди передбачувані.

Форма реакції на стрес залежить від психологічних особливостей особистості та її взаємодії з ситуацією - через ідентифікацію, оцінку сигналів і вибір поведінки. Когнітивна оцінка особистості значущої події може стати визначальною для ступеня стресу від цієї події. Тобто, подразник перетворюється на стресор залежно від того, як його сприймає та інтерпретує людина, тобто яке значення йому надає. Отже, не зовнішні події, а внутрішні індивідуальні особливості психологічної структури особистості, є

визначальними для способів реагування організму (Л. Б. Наугольник, 2015) [48].

Форма реагування на стрес також залежить від типу темпераменту. Однією з найперших типологій темпераменту є класифікація, запропонована Гіппократом, яка передбачає поділ людей на чотири типи: холерик, сангвінік, меланхолік і флегматик.

Холеричному типу темпераменту властива підвищена активність і сильна реактивність, причому остання переважає. Через дисбаланс між процесами збудження та гальмування можливі зриви нервової системи, зокрема внаслідок недостатнього гальмування.

Сангвінікам притаманна висока емоційна чутливість: навіть незначні події можуть викликати у них сильну реакцію — від щирого сміху до гніву через дрібниці. Їхні емоції швидко виникають, є інтенсивними, але недовготривалими, тому легко змінюються на протилежні.

Флегматичному типу притаманні низька чутливість до подразників і слабка емоційна реактивність, натомість висока активність. Їхні емоційні реакції формуються повільно, але відзначаються глибиною і тривалістю, навіть попри зовнішню стриманість. Це емоційно стабільний тип.

Меланхолікам властиві слабо розвинені процеси збудження і гальмування в корі головного мозку. Формування умовних рефлексів у них уповільнене й легко блокується. Вони мають підвищену чутливість і низький поріг сприйняття, що обумовлює їхню вразливість. Емоції у меланхоліків глибокі, але зовні майже не проявляються. Цей тип темпераменту зазвичай відрізняється тривожністю, невпевненістю в собі, замкненістю і труднощами у встановленні соціальних контактів. Через підвищену чутливість їхня нервова система швидко втомлюється, що робить їх особливо вразливими до психосоматичних порушень і серцево-судинних хвороб.

Теорія копіngu, що описує способи подолання особистістю складних життєвих ситуацій, набула свого становлення в психології у другій половині XX століття. Вперше термін «копінг» запровадив американський психолог Л.

Мерфі. Під цим поняттям розуміють когнітивні та поведінкові стратегії, які людина застосовує для подолання конкретних зовнішніх або внутрішніх викликів, що сприймаються як загрозливі чи перевищують її ресурси. Вона спрямована на адаптацію до ситуації і ґрунтується на сформованих навичках подолання емоційного напруження. Застосування активних стратегій збільшує шанси зменшити або усунути вплив стресових чинників. Ефективність такої поведінки пов'язана з особливостями «Я-концепції», локусом контролю, рівнем емпатії та умовами соціального середовища(Л. Б. Наугольник, 2015) [48].

Узагальнюючи способи реагування на життєві труднощі, їх можна поділити на:

- проблемно-орієнтований підхід - тип поведінки орієнтований на логічне осмислення проблеми, включає розробку й реалізацію плану подолання складної ситуації та проявляється у таких діях, як самостійне осмислення подій, звернення по підтримку, а також активний пошук додаткової інформації;

- суб'єктно-орієнтований підхід - проявляється як емоційна реакція на ситуацію без здійснення конкретних дій. Він виражається у прагненні уникати думок про проблему, перекладати емоційні переживання на інших, шукати забуття у сні, вживанні алкоголю чи переїданні для зняття напруги. Такі реакції зазвичай супроводжуються інфантильним і наївним сприйняттям подій.

Стратегії реагування виступають з'єднуючою ланкою між пережитими стресовими подіями та їх наслідками, такими як тривожність, емоційний дискомфорт, соматичні порушення або, навпаки, відчуття емоційного підйому й задоволення від успішного подолання труднощів. Аспекти реагування мають під собою базові психологічні властивості особистості. Порівняння індивідуальних особистісних характеристик із складними життєвими обставинами дає змогу виокремити типові ознаки, які допомагають краще зрозуміти природу цих стратегій.

Таким чином, розуміння зв'язку між людиною і ситуацією у виникненні психосоматичних захворювань лежить у полі значення великої кількості особистісних змінних у взаємодії зі стресовим середовищем.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Отже, історія вивчення явища «психосоматика» як органічної системи єдності духовного і тілесного, налічує багато століть. Сучасний погляд на природу психосоматичних розладів почав бурхливо розвиватися з виникнення теорії конверсійної істерії З. Фрейда. Надалі її активно розвивали такі відомі психологи і лікарі як Ф. Александер, Ф. Данбар, А. Лоуен, Г. Сельє, Ф. Лазарус, І. Хайнрот та інші. Вони обґрунтували теоретичні погляди різноманітних напрямків на проблеми психосоматики, але об'єднати їх можливо узагальненим визначенням: психосоматика – це напрям у медицині та психології, що займається вивченням впливу психологічних (переважно психогенних) факторів на виникнення і подальшу динаміку соматичних захворювань.

Багаточисленні теорії по-різному пояснюють імовірні причини виникнення психосоматичних захворювань. З. Фрейд вважав, що в основі психосоматики лежить конверсія тривоги і страху. Ф. Александер вважав, що симптоми вегетативного неврозу не є проявом пригнічених емоцій, а виступають фізіологічним відображенням конкретних емоційних станів. Ф. Данбар наголошувала на особистісних особливостях психіки як схильності до психосоматичних проявів і «особистісний профіль», що якісно відображає природу емоційних реакцій. М. Фрідман і Р. Розенман довели, що притаманний людині тип поведінки обумовлює вразливість організму для окремих видів захворювань. Теорія стресу Г. Сельє пояснює на фізіологічному рівні зв'язок психічного із соматичним і механізми емоційних реакцій. З точки зору алекситимічної теорії основою психосоматичного розладу може стати нездатність людини усвідомлювати власні емоції. За концепцією когнітивного підходу А. Бека, психопатологічні стани є наслідком викривленого оцінювання подій, і зміна цієї оцінки призведе до зміни стану пацієнта. Носсерат Пезешкіан у своїх дослідженнях акцентував соціальні впливи на розвиток психосоматичної проблеми.

Узагальнюючи всі згадані теорії, можна стверджувати, що ініціюючу роль у виникненні психосоматичної хвороби відіграє реакція на сильне емоційне переживання, яка провокує патологічні функціональні зміни в окремих системах організму.

Ступень і наслідки емоційного реагування на переживання складних ситуацій, в свою чергу, залежать від індивідуально-психологічних якостей особистості, таких як тип нервової системи, характер, рівень тривожності, спадкова схильність, тип поведінкового реагування, рівень інтелекту і психологічної культури, а також стиль сімейного виховання та сукупність різних психологічних впливів і подій на протязі всього життя.

Стратегії реагування слугують сполучною ланкою між пережитими стресовими ситуаціями та їх можливими наслідками, такими як тривожність, емоційний дискомфорт, соматичні розлади або, навпаки, відчуття піднесення й задоволення від успішного подолання труднощів. Реакції на стрес базуються на фундаментальних психологічних якостях особистості. Порівнюючи індивідуальні особистісні риси з життєвими викликами, можна виокремити характерні риси, що дають змогу краще зрозуміти сутність обраних стратегій поведінки.

Обрані стратегії поведінки в подоланні складних подій залежать від рівня показника психологічного здоров'я і благополуччя. Чим вищим є рівень психологічного благополуччя, тим легше та ефективніше людина справляється з труднощами. Це не лише зменшує ризик негативних наслідків під час криз, а й сприяє отриманню цінного досвіду особистісного зростання, що стане опорою для подолання складних ситуацій у майбутньому.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ

2.1. Особливості психосоматичних розладів серцево - судинної системи у жінок зрілого віку

Однієї з особливостей прояву психосоматичних розладів у жінок зрілого віку є захворювання серця і судів. Ці види захворювань в економічно розвинутих країнах все частіше стають причиною смерті. Серцево-судинна система забезпечує всі процеси життєдіяльності організму, і реагує як на фізичне навантаження, так і на психологічне.

В першому розділі розглядалась велика кількість чинників виникнення психосоматичних розладів. А також характерних для зрілого віку жінки проблем, протиріч і внутрішніх конфліктів. Але слід відзначити велику кількість серцево-судинних захворювань жінок саме в віці від 45 до 60 років.

За даними МОЗ (офіційний сайт МОЗ, moz.gov.ua), смертність від серцево-судинних захворювань в Україні зросла за останні 30 років майже на 8 % (від 56.5 % у 1990 році до 64.3 % у 2022 році). Тобто, більша частина населення помирає від серцево-судинних захворювань. Сучасна світова кардіологія все більше наголошує на психосоціальних факторах ризику та їхньому зв'язку із соматичними чинниками. Стиль життя, риси особистості та соціальний статус людини у професійному й сімейному середовищі істотно впливають на функціонування серцево-судинної системи та механізми її фізіологічної регуляції. Отже, своєчасне виявлення ступеню ризику виникнення серцево-судинного захворювання – може бути завданням не тільки медичного фахівця, але і спеціаліста у сфері психології.

В першому розділі роботи згадувались дослідження М. Фрідман і Р. Розенман, які детально описують особливості поведінки людини в умовах стресу і психосоматичні наслідки, до яких така поведінка призводить, зокрема

типи «А», «АБ» і «Б». Численні дослідження показують, що риси особистості типу «А» виступають значним фактором ризику розвитку психоемоційного дистресу. Для таких людей характерні підвищена активність, напруженість, амбітність, нетерплячість і схильність до агресивних реакцій у разі перешкод. Основу цього типу становить прагнення до лідерства й соціального змагання. Встановлено, що серцево-судинні захворювання, зокрема інфаркти й інсульты, у представників типу «А» трапляються майже вдвічі частіше, ніж у людей інших типів. Тип «АБ» є проміжним і відображає врівноважену, упевнену в собі та емоційно стабільну особистість із помірною схильністю до лідерства. Для типу «Б» характерна спокійна, чутлива й розсудлива натура, орієнтована переважно на інтелектуальну діяльність.

Першим дослідником, хто описав «гіпертонічну особистість» була Х. Ф. Данбар. На її думку, їй притаманні такі риси як схильність до гніву, почуття провини за ворожі імпульси та потребу в схваленні оточення. Вона вважала основою в дослідженні такого пацієнта виявлення умов, за яких емоційне напруження стає хронічним, адже саме «особистісний профіль» найточніше пояснює природу цих порушень (Г. П. Мозгова, Т. І. Ханецька, О. І. Якимчук, 2021) [44].

Можна припустити, що на інтенсивність поведінки типу «А», крім характерних особистісних ознак, впливає ступень психологічного незадоволення життям жінки. Проблеми в окремих сферах життя викликають необхідність компенсаторної поведінки в інших сферах. Це викликає додаткове психологічне навантаження у вигляді прагнень лідерства або конкуренції, надмірне активування професійної діяльності або, навпаки, повну пасивність, підвищена емоційність провокує роздратування або агресію, що сприяє виникненню умов для розвитку психосоматичного розладу серцево-судинної системи.

В зрілому віці жінка схильна підводити підсумки реалізації основних цілей свого життя, проводити оцінку досягнень у відповідності до очікувань. Саме в цей час «Я-концепція» зазнає найбільшого переосмислення і

перегляду. Три елемента установок стосовно «Я-концепції» - когнітивний, емоційний і поведінковий, які знаходяться у тісному причинно-наслідковому зв'язку можуть піддаватися руйнівним впливам. Тобто, образ «Я», уявлення жінки про себе (когнітивна складова) може зазнати негативних спотворень за рахунок зниження самооцінки (емоційної складової) як наслідок засудження або неприйняття себе у випадках невдач щодо важливих очікувань. Результатом можуть бути зміни в поведінці жінки у вигляді збільшення рівня інтенсивності коронарної поведінки (тип «А») у випадках наявності відповідних рис особистості, таких як високий рівень нейротизму.

Спираючись на концепцію «особистісного профілю», можна окреслити типову структуру психосоматичного пацієнта. Багатьма дослідженнями у сфері психосоматичної медицини доведено, що для людей із психосоматичними захворюваннями та неврозами характерна підвищена емоційність і надмірна чутливість до психотравмуючих впливів. Крім того, пацієнтів із психосоматичними розладами об'єднує широкий спектр стійких поведінкових проявів - нав'язливість, стереотипність, впертість і педантизм, що вказує на їхню схильність до неприйняття вимог об'єктивної реальності. Також слід відмітити такі психологічні риси, як егоцентризм, емоційна негнучкість, агресивність, а також порушення ієрархії життєвих потреб або неможливість їх задоволення. Для таких пацієнтів характерні підвищений рівень нейротизму та схильність до інтроверсії, що вказує на наявність реактивної тривожності або депресії, які зумовлюють надмірно інтенсивні емоційні реакції на життєві ситуації.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) початково затвердила перелік з 7-ми психосоматичних хвороб: виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, виразковий коліт, гіпертонія, бронхіальна астма, тиреотоксикоз, нейродерміт, ревматоїдний артрит. На сьогодні до нього додані ще деякі типи алергій, мігрень, синдром роздратованого кишечника, синдром ледачого кишечника, вегето-судинна дистонія, анорексія і булімія, надлишок і дефіцит ваги, синдром хронічної втоми та інші.

Першу сімку класичних психосоматичних хвороб описав Ф. Александер. Він виділив взаємозв'язок окремих емоційних факторів і розвиток конкретних психосоматичних розладів [44, с. 37-38].

Так, Ф. Александер вважав, що шлунково-кишкові психосоматичні розлади виникають під впливом емоцій, пов'язаних із пригніченими почуттями тривоги, страху, гніву чи залежності. Зокрема, він підкреслював, що внутрішні конфлікти, неможливість виразити емоції або потребу в турботі й захисті призводять до напруження вегетативної нервової системи, що відображається у функціональних порушеннях шлунку та кишечника.

Дослідження виникнення бронхіальної астми проходили декілька етапів від алергічного компонента до нервового захворювання. Ф. Данбар, Л. С. Виттковер, Т. М. Френч описували різноманітні раптові інтенсивні емоційні стимули, як ревності, страх, статеве збудження та інші. Ф. Александер вважав, що бронхіальна астма як психосоматичний розлад пов'язана з пригніченими емоціями страху, плачу та залежності від матері. Неможливість вільно виразити ці почуття викликає внутрішнє напруження, що проявляється у спазмах дихальних шляхів і відчутті задухи, ніби несвідомому прагненні «вдихнути» турботу й любов.

Ревматоїдний артрит у концепції Ф. Александера є соматичним вираженням постійного самоконтролю над емоціями, а також прагнення контролю над оточуючими людьми. Зазвичай такий контроль поєднується із турботою і потребою служити іншим. Агресивне домінування і всебічна турбота одночасно і контролюють їх і підпорядковують. Такому типу жінок притаманні деякі чоловічі риси характеру, нездатність їм підкорятися. Тригером початку або загострення хвороби може бути ситуація, коли стає неможливим реалізовувати ворожі імпульси, замасковані під домінуванням і турботою.

За Ф. Александером, нейродерматити належать до психосоматичних розладів, виникнення яких пов'язане з внутрішнім конфліктом між потребою в любові, турботі та залежності від інших - і водночас страхом бути

відкинутим або втратити прихильність. Коли така емоційна напруга не може бути усвідомлена чи виражена відкрито, вона «перемикається» на тіло. Шкірні прояви стають символічним способом отримати увагу й тепло, яких бракує на психологічному рівні. Г. Соулом і Д. А. Бернштейном були описані випадки кропивниці, які пов'язані, окрім прагнення к залежності від когось з батьків, і неможливістю плакати. Таки приступи кропивниці часто припиняються із плачем.

Походження порушень серцево-судинної діяльності, за Ф. Александером пов'язані з емоціями пригніченого гніву, ворожості та внутрішньої напруги, які не знаходять зовнішнього вираження. Постійне стримування цих почуттів призводить до підвищеного тону симпатичної нервової системи, що спричиняє порушення серцевої діяльності та судинного тону [44].

Таким чином, багатьма дослідниками в різні часи наголошувалось на тісному зв'язку із особистісними факторами і соматичними патологічними станами. Для уявлення про соматичний стан пацієнта необхідно розуміння його специфічного емоційного стану, що зараз вже вважається невід'ємною частиною медичної роботи.

Отже, жінка зрілого віку, у якої діагностовано високий рівень нейротизму і схильність до інтроверсії, має стиль поведінки типу «А», набуває великих шансів розвитку серцево-судинних захворювань. При цьому, високий рівень тривожності і переживання в поточному моменті на фоні сильних стресових подій в її житті може мати значні ризики. Зменшення впливу стресових факторів і визначення найбільш чутливих сфер життя жінки дають можливість через зміни сприйняття і зниження емоційного реагування за допомогою психотерапевтичного впливу змінити інтенсивність поведінки типу «А» та зменшити ризики для її здоров'я.

2.2. Емпіричне дослідження особливостей психосоматичних розладів у жінок зрілого віку

Емпіричне дослідження особливостей психосоматичних розладів у жінок зрілого віку проводилось в жовтні – листопаді 2025 року на базі Чернівецького регіонального офісу благодійного фонду «Рокада». Опитування проведено серед 30 респондентів.

На першому етапі (констатувальний експеримент) визначався рівень таких особистісних рис особистості, як нейротизм, екстраверсія і інтроверсія, а також типи поведінкової активності (типи «А», «АБ», «Б»). Крім цього, проведено визначення рівню ситуативної і особистої тривожності. Встановлено ступень суб'єктивного відчуття психологічного благополуччя кожної з жінок в контексті її особистісного розвитку, життєвого задоволення та самоактуалізації. Для проведення дослідження було використано наступні методики: методика визначення типу темпераменту Г. Айзенка; методика діагностики поведінкової активності Л. І. Вассермана і Н. В. Гуменюка (скорочена версія); шкала тривожності Спілбергера; шкала психологічного благополуччя Керол Рифф. В результаті констатувального експерименту було сформовано вибірку респондентів з високим рівнем показників нейротизму і інтроверсії, а також з високим рівнем тривожності.

Метою проведеного дослідження було:

- визначення типу темпераменту і рівня нейротизму у групі досліджуваних;
- визначення типу поведінкової активності, пов'язаної з ризиком серцево-судинних захворювань
- вимірювання рівню ситуативної і особистої тривожності;
- визначення рівню психологічного благополуччя як показника стресостійкості і як допоміжний фактор для розуміння можливих проблемних сфер жінки.

В ході дослідження використовувались: методика визначення типу темпераменту Г. Айзенка [59]; шкала тривожності Спілбергера [57]; методика діагностики поведінкової активності Л. І. Вассермана і Н. В. Гуменюка (скорочена версія); шкала психологічного благополуччя Керол Рифф [29].

Г. Айзенк - британський психолог німецького походження, один із засновників диференціальної психології. Він розробив теорію особистості, що базується на трьох головних вимірах: екстраверсія – інтроверсія, нейротизм і психотизм. На основі цієї теорії Айзенк створив опитувальники для визначення типу темпераменту (EPI, EPQ), що дозволяють виявити індивідуальні особливості поведінки та емоційної стабільності людини.

Методика Г. Айзенка для визначення типу темпераменту (EPI) (див. Додаток А) призначена для виявлення індивідуально-психологічних особливостей людини на основі двох основних параметрів – екстраверсії-інтроверсії та нейротизму, тобто емоційної стабільності або нестабільності. Опитувальник складається із 57 запитань, на які потрібно відповідати «так» або «ні», виходячи зі звичних способів поведінки та емоційних реакцій. До тесту також включено контрольні запитання, що дозволяють оцінити щирість відповідей за шкалою брехні.

Після заповнення бланка підраховуються три показники - рівень екстраверсії, нейротизму та шкала брехні. Результати наносяться на координатну сітку Айзенка, де по горизонтальній осі відкладається екстраверсія-інтроверсія, а по вертикальній - емоційна стабільність-нестабільність. Поєднання цих двох параметрів дозволяє визначити тип темпераменту людини. Так, висока екстраверсія при низькому нейротизмі відповідає сангвінічному типу, високий рівень обох показників - холеричному, низька екстраверсія при високому нейротизмі - меланхолійному, а низькі значення обох шкал характеризують флегматичний тип темпераменту. Отримані результати дають можливість оцінити ступінь емоційної стійкості, рівень соціальної активності, а також особливості поведінки людини у взаємодії з іншими [59].

Методика шкала тривожності Спілбергера виникла у 1960-х роках у межах досліджень емоційних станів і була створена для точного розмежування тимчасової (ситуативної) та стабільної (особистісної) тривожності. Чарльз Д. Спілбергер - американський психолог, який розробив шкалу для вимірювання тривожності як стану і як особистісної риси. Ю. Л. Ханін - радянський психолог, який адаптував цю методику для використання в Україні (див. Додаток Б) .

Шкала тривожності Спілбергера - Ханіна складається із двох підшкал.

Перша - шкала ситуативної тривожності - вимірює поточний рівень тривоги, тобто те, як людина почувається «прямо зараз». Вона відображає емоційні реакції на стрес, такі як напруження, занепокоєння, заклопотаність і нервозність, що змінюються залежно від ситуації.

Друга підшкала - шкала особистісної тривожності - визначає стабільну схильність людини до занепокоєння та сприйняття різних ситуацій як загрозливих. Вона відображає рівень внутрішнього спокою, упевненості та безпеки. За високої особистісної тривожності навіть звичайні обставини сприймаються як стресові й викликають тривогу. Високотривожні особи схильні бачити загрозу у багатьох ситуаціях і реагують сильним занепокоєнням. Високі показники за шкалою свідчать про ймовірність тривожних реакцій у повсякденних обставинах, а дуже високий рівень пов'язаний з емоційними зривами та психосоматичними розладами.

Респондент оцінює твердження за чотирибальною шкалою. Методика дозволяє розрізняти тимчасові емоційні стани та стабільні особистісні особливості, що робить її цінним інструментом у психологічній діагностиці [57].

Методика діагностики поведінкової активності Л. І. Вассермана і Н. В. Гуменюка призначений для виявлення типу поведінки А, який характеризується високою конкурентністю, прагненням до досягнень, постійним відчуттям браку часу, нетерпінням і схильністю до стресу. Методика (скорочена версія) містить 30 запитань, що оцінюють особливості

емоційних реакцій, темп діяльності, ставлення до успіху та суперництва. За результатами визначається тип поведінки: А (високий ризик серцево-судинних захворювань), АБ (помірний ризик) або Б (низький ризик, спокійний тип поведінки) (див. Додаток В).

Н. В. Гуменюк- український психолог, дослідниця поведінкових та мотиваційних особливостей особистості. Працювала в галузях практичної психології, психодіагностики, психології особистості. Брала участь у розробленні та адаптації низки методик для практичних психологів. Співавторка опитувальника Типу поведінкової активності, який широко застосовують у психологічних дослідженнях, зокрема для оцінки схильності до поведінки типу А.

Керол Рифф - американська психологиня, яка у 1980-х роках досліджувала поняття психологічного благополуччя як багатовимірну характеристику особистості. Вона розробила Шкалу психологічного благополуччя для наукового вимірювання його рівня та потенціалу розвитку особистості (див. Додаток Г).

Шкала психологічного благополуччя Керол Рифф - це науково обґрунтований інструмент, створений для оцінювання рівня суб'єктивного відчуття добробуту людини. Вона дозволяє визначити, наскільки гармонійно особистість розвивається, задоволена власним життям і реалізує свій потенціал. Показник психологічного благополуччя також являється важливим індикатором здатності ефективно долати життєві труднощі і показує рівень стресостійкості людини. Чим вищий показник психологічного благополуччя – тим більше шансів пройти важкі періоди життя без негативних наслідків, психосоматичних проблем, а можливо, й з цінним досвідом особистісного зростання.

Психологічне благополуччя – це багатовимірне динамічне явище, що відображає гармонійність розвитку особистості. В рамках тестування суб'єктивного благополуччя 6 підшkal: самоприйняття, позитивні відносини

з іншими, автономність, опанування середовищем, мета в житті і особистісне зростання.

Самоприйняття - це позитивне ставлення до себе, засноване на усвідомленні власної унікальності, прийнятті як сильних сторін, так і недоліків. Людина з високим рівнем самоприйняття визнає свої помилки, не знецінюючи себе через них, здатна сприймати минулий досвід без надмірного почуття провини чи сорому. Вона має стабільне відчуття власної цінності, повагу до себе та внутрішню гармонію, що сприяє психологічній стійкості й задоволенню життям.

Позитивні стосунки з іншими - це здатність будувати глибокі, довірливі й емоційно насичені взаємини з людьми. Вони передбачають відкритість, щирість, уміння співпереживати, підтримувати та приймати інших такими, якими вони є. Людина з розвиненою цією складовою психологічного благополуччя вміє встановлювати взаємну повагу, проявляє турботу, здатна як давати, так і приймати підтримку. Такі стосунки є джерелом емоційної стабільності, відчуття належності та життєвого задоволення.

Автономія - це здатність людини діяти самостійно, керуючись власними переконаннями, цінностями та цілями, а не зовнішнім тиском чи думкою інших. Вона передбачає внутрішній локус контролю - усвідомлення, що саме людина відповідальна за свої вчинки й результати. Автономна особистість здатна приймати рішення незалежно, зберігаючи внутрішню цілісність навіть у складних соціальних чи емоційних ситуаціях. Така риса сприяє впевненості, самоповазі та стабільності особистісного розвитку.

Опанування середовищем - це здатність людини ефективно взаємодіяти з оточенням, контролювати життєві обставини та використовувати їх собі на користь. Вона передбачає вміння адаптуватися до змін, приймати зважені рішення, організовувати свій простір і діяльність так, щоб досягати бажаних результатів. Людина з високим рівнем опанування середовищем уміє знаходити ресурси для розв'язання проблем, підтримує стабільність і порядок

у житті, відчуває контроль над подіями та впевненість у власній спроможності впливати на них.

Мета в житті – наявність у людини цілей, сенсу життя, активне планування майбутнього.

Особистісне зростання - це безперервний процес внутрішнього розвитку людини, її прагнення до самопізнання, самовдосконалення та реалізації власного потенціалу. Воно передбачає відкритість до нового досвіду, готовність змінюватися, вчитися на життєвих ситуаціях і сприймати їх як можливості для розвитку. Людина з високим рівнем особистісного зростання цікавиться життям, має гнучке мислення, ставить перед собою цілі, що сприяють розширенню її можливостей і розкриттю творчого потенціалу. Таке ставлення забезпечує відчуття сенсу, натхнення й внутрішньої повноти [29].

Багатовимірність методики психологічного благополуччя Керол Рифф дає можливість побачити цілісну картину суб'єктивних відчуттів людини, і в той же час виявити проблемні сфери, через корекцію яких можливо вплинути на загальний емоційно-психологічний стан в процесі терапії.

Дана методика дуже зручна для вивчення динаміки розвитку особистості і ефективності терапії.

2.3 Аналіз результатів дослідження констатувального експерименту

Для проведення дослідження проведено опитування 30 жінок віком від 45 до 60 років. Всі респонденти мають вищу освіту, працевлаштовані, не мають важких хронічних захворювань. В процесі ознайомлення с цілями опитування було з'ясовано загальний стан здоров'я кожної і наявність симптомів серцево-судинних захворювань.

Отримані дані, наведені в таблиці 2.1, демонструють рівень нейротизму, інтровертності або екстравертності респондентів, а також рівень ситуативної і особистої тривожності (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Результати опитування
за методикою Г. Айзенка для визначення типу темпераменту і за
шкалою тривожності Спілбергера

№ респ.	Шкала неправди	Нейро тизм	Інтро версія	Екстра версія	Тип темпера менту	Тривожність	
						ситуа тивна	особиста
1	2	3	4	5	6	7	8
1	5	20		12	амбіверт	58	56
2	5	12		15	холерик	56	50
3	4	17	10		меланхолік	54	58
4	2	17	11		меланхолік	56	53
5	3	8	8		флегматик	50	46
6	3	9	7		флегматик	58	57
7	6	17	8		меланхолік	53	64
8	7	20		16	холерик	56	64
9	6	11		18	сангвінік	50	44
10	2	12	11		меланхолік	55	48
11	6	19		13	холерик	55	58
12	1	21		17	холерик	58	58
13	6	12		13	холерик	56	51
14	5	14	11		меланхолік	51	52
15	5	13		13	холерик	57	52
16	6	10	7		флегматик	58	49
17	3	10		17	сангвінік	51	49
18	4	10		15	сангвінік	52	49
19	5	13	11		меланхолік	53	55
20	6	1	10		флегматик	50	49
21	4	14	3		меланхолік	48	58
22	4	14	3		меланхолік	55	55
23	6	10	9		флегматик	52	50
24	2	19	8		меланхолік	50	62

Продовж. табл. 2.1

1	2	3	4	5	6	7	8
25	4	15		14	холерик	52	54
26	3	17		13	холерик	50	53
27	5	14		16	холерик	52	55
28	4	14	10		меланхолік	51	45
29	4	15		16	холерик	53	48
30	8	11		12	сангвінік	52	53

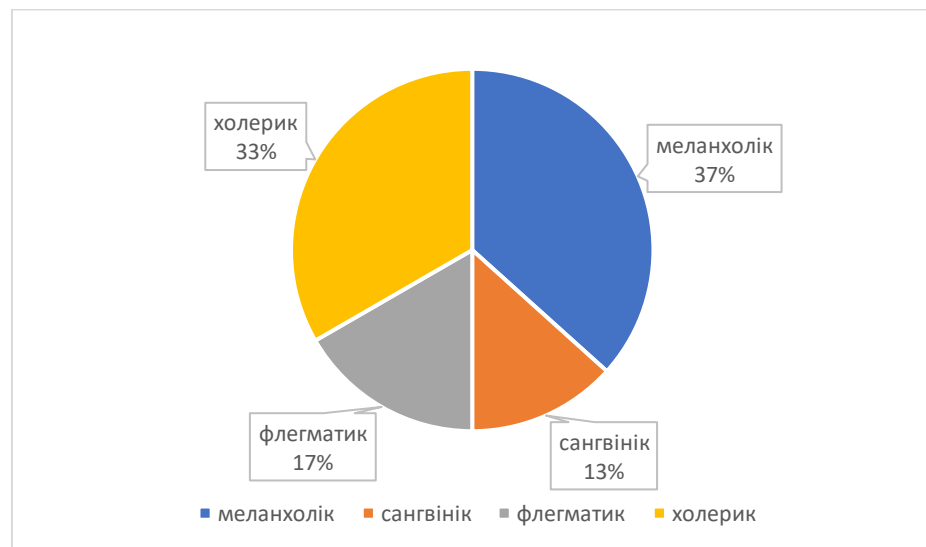


Рис. 2.1. Сегментограма розподілу результатів за методикою Г. Айзенка

З 30 респондентів 10 меланхоліків, з них 4 - з високим рівнем нейротизму (від 17 до 24). Респондент № 1 – амбіверт з високим рівнем нейротизму. По критерію ризику - інтроверт з середнім і високим рівнем нейротизму (від 12 до 24) – 37% або 11 респондентів.

Високий рівень ситуативної тривожності у всіх 30 респондентів, а особистої – у всіх за виключенням двох. Це респонденти № 9 і № 28 – у них середній рівень особистої тривожності.

Для більшості екстравертів характерно викривлення достовірності відповідей.

Таблиця 2.2 відображає результати опитування за методикою діагностики поведінкової активності Л. І. Вассермана і Н. В. Гуменюк, а також результати опитування поточного стану здоров'я на наявність серцево-судинних захворювань, яке було проведено на попередньої зустрічі.

Таблиця 2.2

Результати опитування
за методикою діагностики поведінкової активності Л.І.Вассермана
і Н. В. Гуменюк та інформація про поточний стан здоров'я

№ респ. (№прот.)	Тип поведінки			Наявність жалоб на симптоми серцево-судинних захворювань	Інші фактори
	«А»	«АБ»	«Б»		
1	2	3	4	5	6
1		87		-	
2		87		-	Важка психотравма в минулому
3		75		-	
4		76		Іноді підвищ. арт.тиску	
5		88		-	
6		82		-	
7	110			-	
8	104			-	
9			65	Іноді підвищ. арт.тиску	
10		78		Підвищ. арт.тиск	Важка психотравма в минулому
11		91		Іноді підвищ. арт.тиску	
12		88		Іноді підвищ. арт.тиску	
13		85		-	Важка психотравма в минулому
14		79		Іноді підвищ. арт.тиску	
15		81		-	
16			68	-	

Продовж. табл. 2.2

1	2	3	4	5	6
17		81		-	
18			72	-	
19			61	-	
20			73	-	
21		78		-	
22		81		Іноді підвищ. арт.тиску	
23		82		-	
24		82		-	
25			69	-	
26		93		-	
27			57	-	
28		87		-	
29		84		-	
30		80		-	

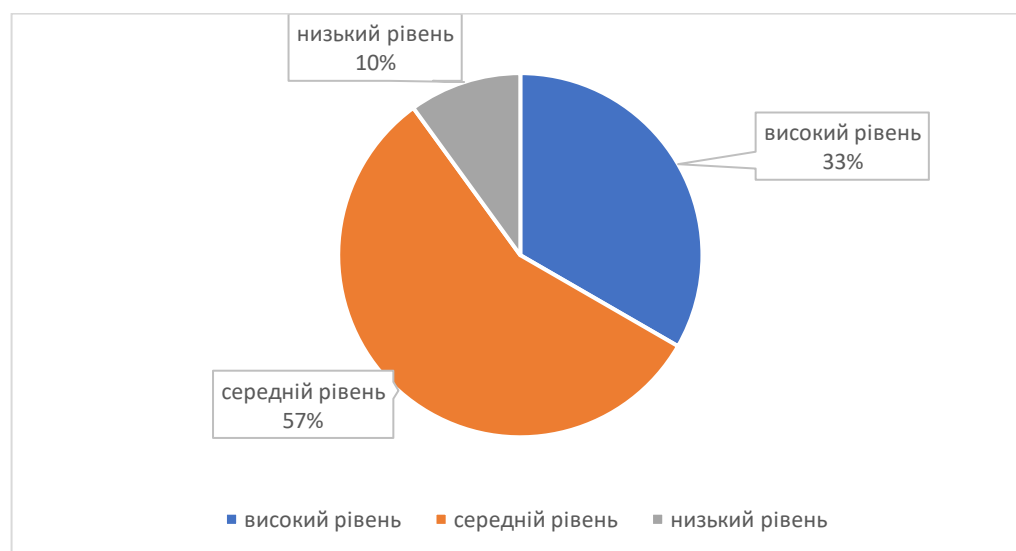


Рис. 2.2. Сегментограма розподіл респондентів по типу поведінкової активності

Із наведених даних бачимо, що з 30 респондентів у 21 (70%) поведінка типу «АБ», у 7 респондентів – тип «Б», і у 2 – тип» А».

З 30 респондентів 7 мають жалоби на підвищення артеріального тиску (23 %).

В Таблиці 2.3 відображено результати, отримані за методикою психологічного благополуччя Керол Рифф. Показники по шкалах цієї методики дають розуміння загального стану і додаткову інформацію про можливі причини тривожного стану респондентів.

Таблиця 2.3

**Результати опитування
за методикою психологічного благополуччя Керол Рифф**

№ респ. (№прот.)	Само сприйн яття	Позитив ні стосунки з іншими	Автоно мія	Опанува ння середови щем	Мета в житті	Особи сте зроста ння	Індекс загального псих. благополу ччя
1	2	3	4	5	6	7	8
1	29	29	25	35	31	37	186
2	41	40	34	38	41	42	236
3	25	29	23	21	13	36	147
4	32	34	29	29	22	26	172
5	37	22	38	32	22	42	193
6	33	41	39	36	39	41	229
7	23	26	23	23	13	18	126
8	30	31	25	33	29	31	179
9	30	36	34	34	40	41	215
10	38	37	37	38	39	41	230
11	13	26	23	24	12	19	117
12	28	24	28	24	24	27	155
13	35	35	36	34	33	35	208
14	33	36	27	33	36	33	198
15	29	33	28	29	33	32	184
16	39	33	39	30	33	40	214
17	35	42	36	37	39	34	223
18	36	31	32	33	34	35	201
19	32	36	33	37	35	34	207
20	34	40	34	37	33	37	215

Продовж. табл. 2.3

1	2	3	4	5	6	7	8
21	34	24	35	31	7	20	151
22	33	36	36	34	40	35	214
23	35	40	26	30	36	34	201
24	24	20	16	18	15	23	116
25	40	35	25	32	31	37	200
26	21	29	34	25	15	36	160
27	25	34	29	30	39	25	182
28	37	35	29	31	35	37	204
29	31	30	27	30	28	31	177
30	27	31	29	29	39	32	187

Оскільки в інструкції по застосуванню методики немає чіткого визначення низького, середнього і високого рівнів стану психологічного благополуччя, умовно можна розділити максимальні 252 бали на три. Отримаємо: до 84 балів – низький; з 85 до 168 балів – середній; з 169 до 252 – високий рівень стану.

Відповідно, отримані результати свідчать про наявність високого рівня загального психологічного благополуччя (більше 168 балів) у 23 респондентів і середнього рівня (від 85 до 168 балів) – у 7 респондентів (див. рис. 2.3). У респондентів, які мають середній рівень загального психологічного благополуччя, занижені показники по таким шкалам, як самооцінка, планування майбутнього або відсутність ефективного спілкування.

Респонденти зі середнім рівнем загального психологічного благополуччя мають найбільші показники нейротизму і тривожності.



Рис.2.3. Сегментограма розподіл респондентів за рівнем загального психологічного благополуччя

Рівень психологічного благополуччя дає розуміння психологічного стану людини на даний момент в розрізі таких важливих для стресостійкості факторів, як самооцінка, ефективність спілкування, планування майбутнього, ресурс для особистісного розвитку. Бачення проблемних напрямків дає можливість для включення в корекційну програму відповідних технік КПТ. Показники за кожною зі шкал будуть розглянуті при складанні індивідуальної корекційної програми при проведенні консультацій.

Зведена таблиця (див. Додаток Д) дозволяє провести вибірку респондентів за темою дослідження, а саме, схильних до розвитку психосоматичних захворювань серцево-судинних захворювань. Критеріями відбору будуть інтроверсія і високий рівень нейротизму, високий рівень тривожності, тип поведінки «А» і «АБ».

Із загальної кількості респондентів за критеріями відбору 11 (або 36,7%) респондентів підпадають під профіль психосоматичної особистості із схильністю до розвитку серцево-судинних захворювань. З них 8 жінок віком від 45 до 50 років і 3 жінки від 50 до 60 років (див. Додаток Д).

Із 11 респондентів, які потрапили у вибірку, у чотирьох жалоби на підвищення артеріального тиску (у 36,4 %). Тоді як з інших 19 респондентів – тільки у трьох (15,8 %).

Із загальної кількості вибірки, з 11 жінок, 5 респондентів (№ 1, 3, 4, 7, 24) мають високий рівень нейротизму (17 і вище), високу тривожність і середній рівень психологічного благополуччя, і відповідно, більший ризик розвитку психосоматичних захворювань серцево-судинної системи. Через характерну для меланхоліків підвищену чутливість і низький поріг сприйняття, вони більш вразливі. Глибокі і сильні емоції у меланхоліків зовні майже не проявляються, підвищуючи тривожність і закритість. Про що свідчать більш високі показники особистої тривожності. Всі 5 респондентів – жінки віком до 50 років.

Інші 6 респондентів мають середній рівень (від 12 до 17) нейротизму і високий рівень тривожності. Для них характерний достатньо високий рівень загального психологічного благополуччя, за виключенням респондента №21.

Програма тренінгу з корекції психологічного стану розробляється для всіх одинадцяти респондентів з метою знизити тривожність за допомогою технік КПТ.

Для 5 респондентів (№ 1, 3, 4, 7, 21) розробляється додатково індивідуальна програма з формуванням внутрішніх орієнтирів і сенсів життя, поглибленням навичок ефективного спілкування і впевненості в собі. Респондент № 24 відмовився від індивідуальної консультації.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

В результаті емпіричного дослідження особливостей психосоматичних розладів у жінок зрілого віку було проведено опитування 30 респондентів з приводу наявності факторів ризику виникнення психосоматичних розладів.

В ході констатувального експерименту було встановлено 11 респондентів зі схильністю до розвитку захворювань серцево-судинної системи. Така схильність визначена такими показниками, як інтроверсія і високий рівень нейротизму (меланхоліки), високий рівень тривожності і висока інтенсивність поведінкової активності.

Емпіричне дослідження проводилось на базі БФ «Рокада», де проведено опитування 30 респондентів (жінок віком від 45 до 60 років).

Дослідження проводилось за допомогою наступних методик: методика визначення типу темпераменту Г. Айзенка; методика діагностики Л. І. Вассермана і Н. В. Гуменюк для визначення поведінкової активності, пов'язаної з ризиком серцево-судинних захворювань (тип А поведінки); шкала тривожності Спілбергера; шкала психологічного благополуччя Керол Рифф.

Аналіз отриманих даних в ході дослідження показав наступні результати.

Результати опитування за методикою Г. Айзенка розподілились: холериків - 11; меланхоліків - 10; флегматиків - 5; сангвініків - 4.

З 10 меланхоліків 4 - з високим рівнем нейротизму (від 17 до 24).

Із загальної кількості опитуваних 28 (93 %) респондентів з середнім (9 – 16) і високим рівнем нейротизму.

Результати опитування за шкалою тривожності Спілбергера показали, що високий рівень ситуативної тривожності спостерігається у всіх респондентів. Також високий рівень і особистої тривожності у 28 респондентів, у двох – середній.

Дослідження типу поведінкової активності за методикою Л. І. Вассермана і Н. В. Гуменюк показує, що з 30 респондентів у 21 (70%) поведінка типу «АБ», у 7 респондентів – тип «Б», і у 2 – тип» А».

Більшість респондентів з високим рівнем нейротизму (17 і вище) мають і більш високі показники тривожності та інтенсивності поведінкової активності.

Отримані результати про стан психологічного благополуччя за методикою Керол Рифф наступні: високий рівень психологічного благополуччя у 77% респондентів; середній рівень – у 23%.

Респонденти зі середнім рівнем стану психологічного благополуччя мають найбільші показники нейротизму і тривожності.

Додатково отримано деталізовану за 6 шкалами методики інформацію про стан психологічного благополуччя респондентів, яка дає можливість побачити проблемні напрямки особистості і включити відповідні техніки в індивідуальну програму корекційного впливу.

В результаті проведеного дослідження з 30 респондентів відібрано 11 (36,7%) як група ризику виникнення психосоматичних розладів (на прикладі серцево-судинної системи). Критеріями відбору являлись середній і високий рівень нейротизму, інтроверсія, високий рівень тривожності (див. Додаток Д).

В процесі аналізу даних дослідження встановлено, що серед респондентів, які потрапили у вибірку симптоми серцево-судинних захворювань значно вище (36,4 %), ніж у тих, які не мають критеріїв схильності (15,8 %) і не потрапили у вибірку.

Респондентам із наявністю комплексу факторів ризику пропонується пройти корекційні програми за допомогою засобів КІТ з метою зниження емоційної напруги.

РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЙНІ ЗАХОДИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ КПТ

3.1. КПТ-терапія як інструмент впливу на психічний стан особистості

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є однією з найбільш науково обґрунтованих та ефективних методик у сучасній психології, яка активно використовується для роботи з широким спектром психічних розладів, включаючи депресію, тривожні стани, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та фобії. Її популярність зумовлена як високим рівнем доказовості, так і адаптивністю до різних вікових категорій, культурних контекстів і ситуацій.

Давньогрецький філософ Епіктет понад 1800 років тому говорив, що люди реагують не на самі події, а на той сенс, який вони їм надають (Епіктет, 2020). Отже, розвиток цієї простої ідеї сприяв створенню ефективного методу підтримки людей, які стикаються з різноманітними психологічними труднощами [26].

Когнітивно-поведінкова терапія, як один із найпопулярніших сучасних методів психотерапії, має багату історію, що пов'язана з інтеграцією двох ключових підходів – когнітивного і поведінкового. Її розвиток почався у середині ХХ століття і відбувався в три етапи.

Поведінковий етап. У 1920-1940-х роках в психології домінувала поведінкова школа, заснована на роботах Джона Ватсона, Івана Павлова, Б. Ф. Скіннера та інших. Вона зосереджувалася на вивченні поведінки як реакції на стимул. Основна увага приділялася зміні дезадаптивної поведінки через техніки навчання.

Джон Ватсон - основоположник біхевіоризму, вважав, що всі форми поведінки є результатом навчання через зовнішнє середовище. Він

стверджував, що вся поведінка людини є результатом навчання та умовних рефлексів (Т. І. Бондар, 2020) [5].

Іван Павлов досліджував рефлекси та класичне обумовлення, демонструючи, як нейтральний стимул (наприклад, дзвінок) може викликати умовну реакцію (салівування) через повторюване сполучення з безумовним стимулом (їжа).

Б. Ф. Скіннер розвинув ідеї оперантного обумовлення, акцентуючи увагу на підкріпленні як ключовому інструменті для формування поведінки. Його експерименти з тваринами (наприклад, «скіннерівська коробка») продемонстрували, як позитивні та негативні наслідки впливають на частоту поведінкових реакцій.

Цей підхід був успішним у роботі з тривожними станами, фобіями, але не враховував когнітивних процесів, таких як мислення чи переконання. Ці обмеження привели до появи когнітивного підходу, який інтегрувався з поведінковим, формуючи когнітивно-поведінкову терапію. Вплив поведінкового етапу зберігся у багатьох методиках КПТ, таких як робота з експозицією та розвиток адаптивної поведінки через підкріплення.

Таким чином, поведінковий етап заклав міцну наукову базу для подальшого розвитку терапії, яка стала більш комплексною завдяки інтеграції когнітивних підходів.

Перехід до когнітивного підходу. У 1950-1960-х роках зростає інтерес до розуміння внутрішніх когнітивних процесів, що зумовило появу когнітивної терапії.

Одним із ключових моментів стала робота Альберта Елліса, який у 1955 році створив раціонально-емотивну поведінкову терапію (REBT). Основна ідея Елліса – зміна ірраціональних переконань на раціональні призводить до покращення емоційного стану. За А. Еллісом, саме переконання (В), а не сама подія (А), визначають реакцію (С). Він вважав, що усвідомлення власних ірраціональних переконань відкриє можливість вийти з кола автоматичних реакцій і замінити їх більш усвідомленою поведінкою, що врівноважує

ситуацію (А. Елліс, 2018). Він також впровадив активні техніки оскарження переконань і практичні вправи, які вплинули на розвиток КПТ як інтерактивного й орієнтованого на результат методу [25].

На цьому етапі починає працювати А. Бек, який, досліджуючи депресію, виявив, що хворі на депресію мають тенденцію до автоматичних негативних думок. Він розробив когнітивну терапію, яка стала основою сучасної КПТ. А. Бек вважав, що методи когнітивної терапії дозволять пацієнтам навчитися ставити під сумнів ірраціональні думки, які визначають деструктивну поведінку, і замінювати їх більш реальними й адаптивними. [31].

Він створив методи, спрямовані на виявлення та корекцію цих думок, що дозволяє клієнтам змінювати своє мислення і, як наслідок, емоції та поведінку. Його робота заклала основу для ефективних протоколів лікування депресії, тривожних розладів, ПТСР та багатьох інших станів. Бек також популяризував структурований, обмежений у часі та доказовий підхід у терапії, що зробило КПТ одним із найефективніших методів у сучасній психології.

Інтеграція когнітивного і поведінкового підходів. У 1970-х роках відбувається об'єднання когнітивного та поведінкового підходів у єдину систему – когнітивно-поведінкову терапію. Д. Мейхенбаум розробив когнітивно-поведінкові техніки для роботи зі стресом і травмою, а Д. Вольпе впровадив десенсибілізацію для лікування тривожності. КПТ почала застосовуватися не лише для депресії, але й для лікування фобій, ПТСР, obsесивно-компульсивного розладу та інших проблем.

Когнітивний підхід, який був розроблений А. Беком ґрунтується на таких основних концепціях:

- автоматичні думки - це швидкі, мимовільні думки, які виникають у відповідь на ситуацію. У людей із психологічними проблемами ці думки часто нереалістичні та деструктивні;
- когнітивні схеми - глибоко вкорінені переконання та установки, які формуються на основі життєвого досвіду і визначають сприйняття реальності. Наприклад, «Я недостойний любові» або «Світ небезпечний»;

- когнітивні спотворення - систематичні помилки у мисленні, які призводять до дезадаптивних висновків, наприклад, узагальнення, катастрофізація, персоналізація;
- взаємозв'язок мислення, емоцій і поведінки - когнітивний підхід стверджує, що наші думки впливають на емоції та поведінку. Зміна негативних думок допомагає змінити емоційні реакції та поведінкові моделі (А. Бек, 2016) [31].

На сучасному етапі КПТ поширюється у світі як одна з найефективніших форм психотерапії. Її метою є виправлення помилкової обробки інформації та допомога пацієнтові в зміні переконань, які підтримують неадаптивну поведінку й емоції. На початкових етапах терапія спрямована на зменшення симптомів - проблемної поведінки та логічних викривлень, однак її кінцева мета полягає в усуненні систематичних спотворень мислення.

Когнітивно-поведінкова терапія - це орієнтований на теперішній момент підхід, який відзначається активністю, директивністю та спрямованістю на розв'язання конкретних проблем. Вона підходить тим пацієнтам, які схильні до рефлексії й мають внутрішню готовність до змін. Когнітивно-поведінкова терапія ефективна, коли людина бере на себе відповідальність за розуміння взаємозв'язку між своїми емоціями, мисленням та поведінкою, і працює над його корекцією.

Завдяки розвитку технологій когнітивно-поведінкова терапія успішно інтегрувалася в онлайн-формат, суттєво розширивши можливості доступу до психотерапевтичної допомоги. Високу ефективність КПТ підтверджено численними науковими дослідженнями, що робить її «золотим стандартом» у лікуванні багатьох психічних розладів. (Д. Вестбрук, Г. Кеннерлі, Д. Кірк, 2014) [10].

Метою даного дослідження являється аналіз особливостей психосоматичних розладів у жінок зрілого віку і способи їх корекції такими засобами КПТ, як когнітивна реструктуризація мислення.

3.2. Методологічні підходи до розробки програми корекції психосоматичних розладів у жінок зрілого віку засобами КПТ

Терапевти когнітивно-поведінкового напрямку вважають, що психопатологічні та психосоматичні розлади є наслідком викривленого оцінювання подій, а отже, зміна цієї оцінки на реальну має призвести до зміни стану пацієнта. Така взаємозалежність і взаємообумовленість складає основу методологічного підходу до розробки програми корекції психосоматичних розладів у жінок зрілого віку. В рамках цього підходу когнітивна терапія має безліч напрацьованих технік по реструктуризації мислення.

Одним із ключових моментів когнітивної терапії є усвідомлення пацієнтом власних автоматичних думок. Людина може навести багато прикладів ситуацій, у яких відчуває безпричинну тривогу. Її походження стає зрозумілим лише тоді, коли пацієнт відтворює думки, що виникли у відповідь на психотравмуючі події.

Автоматичні думки часто важко усвідомити через їхню швидкоплинність. Вони здаються очевидними й природними, що ускладнює їх виявлення та опрацювання під час терапії. Їхнє походження пов'язане з глибинними переконаннями, які формують основу цих думок. Оскільки автоматичні думки спотворюють сприйняття реальності, вони мають дезадаптивний характер.

Психотерапія проводиться в чотири етапи.

Перший етап когнітивної терапії полягає в розпізнаванні неадаптивних думок. Для цього застосовують кілька методів. Один із них - спостереження *in vivo*, коли пацієнт фіксує думки, що виникають у реальних психотравмуючих ситуаціях.

Інший - імагінальна техніка (*in vitro*), під час якої людина відтворює травматичну ситуацію уявно чи через спогади, спостерігаючи за появою автоматичних думок.

Техніка запитань допомагає поступово вийти на глибинні, слабо усвідомлені переконання. А. Бек вважав, що сократичний діалог - один із найдієвіших інструментів когнітивної терапії. За допомогою влучно сформульованих запитань терапевт спрямовує клієнта до глибшого розуміння власної проблеми та усвідомлення неадаптивних думок і переконань. (А. Бек, 2016) [31].

Другий етап - відсторонення від неадаптивних думок. Його мета - допомогти пацієнту зайняти об'єктивну позицію щодо власних переконань і навчитися сприймати їх з боку. Якщо на першому етапі людина усвідомлює сам факт існування деструктивної думки (наприклад, «Я слабкий і безпорадний»), то тепер вона має поставити її під сумнів і розглядати як гіпотезу, а не як факт.

Відсторонення включає три кроки.

1. Усвідомлення автоматичності негативної думки.
2. Розуміння її неадаптивності, тобто здатності викликати страждання.
3. Формування сумніву в її правдивості, наприклад щодо твердження «Щастя можливе лише тоді, коли я перший у всьому».

Третій етап - перевірка обґрунтованості неадаптивних думок. На цьому етапі терапевт допомагає пацієнту критично оцінити власні переконання за допомогою когнітивних і поведінкових технік. Коли людина усвідомлює, що її думки не відповідають реальності й ґрунтуються радше на особистісних рисах чи досвіді виховання, ніж на фактах, вона отримує змогу поступово звільнитися від їхнього впливу.

На четвертому етапі клієнт змінює неадаптивні думки на адаптивні.

Кожна людина має індивідуальну вразливість до певних психотравмуючих ситуацій. За А. Беком, ця вразливість зумовлена особливостями особистісної структури. Мислення людини, на його думку, складається з когнітивних схем, що формуються впродовж життя під впливом досвіду, навчання та взаємодії зі значущими людьми (А. Бек, 2016) [31].

Кожен психічний розлад має власне когнітивне підґрунтя. А. Бек підкреслював, що когнітивні схеми депресії, тривоги та інших порушень суттєво різняться й потребують різних підходів у терапії, що відрізняє його концепцію від раціонально-емотивної психотерапії А. Елліса.

Когнітивна модель депресії за А. Беком ґрунтується на так званій когнітивній тріаді, що охоплює три типові спотворення мислення. По-перше, депресивна людина має негативне уявлення про себе, сприймаючи себе як нікчемну та відкинуту. По-друге, вона бачить світ як ворожий і несправедливий, переконана, що зовнішні обставини ставлять непереборні перепони та позбавляють життя радості. І по-третє, майбутнє сприймається безнадійним і таким, що не обіцяє змін, що часто веде до почуття розпачу й суїцидальних думок (А. Бек, 2016) [31].

Когнітивна модель тривожних розладів пояснює, що мислення тривожної людини зосереджене навколо теми небезпеки. Вона очікує подій, які можуть зашкодити їй чи її близьким, навіть якщо реальна загроза мінімальна. Таке сприйняття базується на викривлених або перебільшених припущеннях, тоді як звичайна людина здатна раціонально оцінювати ризик і спиратися на факти. Тривожним людям складно розпізнавати сигнали безпеки, через що вони перебільшують ймовірність шкоди й недооцінюють власні ресурси для подолання труднощів.

Іншим направленням когнітивної терапії є раціонально-емотивна терапія А. Елліса. З точки зору РЕТ, джерелом позитивних чи негативних емоцій є не самі події, а те, як ми їх сприймаємо й оцінюємо. Наші емоції відображають не ситуацію безпосередньо, а наші думки про неї.

Емоційні розлади виникають унаслідок порушень у когнітивній сфері, які, за А. Еллісом, пов'язані з ірраціональними установками. Ці установки є центральним поняттям раціонально-емотивного підходу та означають переконання, що заважають людині досягати життєвих цілей, шкодять її соціальному оточенню, відзначаються ригідністю, догматизмом,

нереалістичністю, суперечать фактам і логіці, а також містять внутрішні протиріччя (А. Елліс, 2018) [25].

У раціонально-емотивній психотерапії вважають, що втрату емоційної рівноваги люди часто спричиняють самі, додаючи до раціональних переконань ірраціональні вимоги на кшталт «я повинен» чи «я зобов'язаний». Завдання терапії полягає в тому, щоб за допомогою когнітивних, емоційних і поведінкових методів допомогти людині усвідомити власні хибні переконання, критично їх переосмислити, змінити ставлення до життя та навчитися діяти всупереч ірраціональним установкам.

А. Елліс виділяє чотири основні групи ірраціональних установок, що найчастіше стають причиною психологічних труднощів (А. Елліс, 2018) [25].

Установки повинності. Деякі люди вірять, що існують загальні правила чи принципи, яких усі без винятку мають дотримуватися. Наприклад: «світ має бути справедливим», «усі люди повинні бути чесними». Подібні переконання найчастіше формуються ще в підлітковому віці.

Установки перебільшення (драматизації, катастрофізації) характеризуються тим, що людина сприймає окремі життєві події як справжню катастрофу, не беручи до уваги реальні обставини. Таке мислення виражається у висловлюваннях із надмірно емоційними оцінками - «жахливо», «нестерпно» тощо. Наприклад: «Жахливо залишитись самотнім».

Установка необхідності повної самореалізації. Вона ґрунтується на ірраціональному переконанні, що щастя та успіх можливі лише за умови володіння певними рисами чи досягненнями. Наприклад: «Якщо я не досягну певних результатів у своїй професії, то я нікчемна людина».

Оціночна установка полягає в тому, що людина сприймається та оцінюється цілком, а не за окремими її рисами чи вчинками. Інакше кажучи, один аспект особистості ототожнюється з нею загалом.

Отже, основна ідея раціонально-емотивної терапії полягає в тому, що емоційні порушення виникають через ірраціональні переконання. Вони є такими, бо люди не приймають світ у його реальному вигляді, а мислять

«магічно»: переконані, що якщо щось існує, то воно повинно бути іншим - таким, як вони хочуть. Їхні думки набувають категоричної форми: якщо я чогось прагну, то це не просто бажання, а вимога - «так має бути», і якщо цього немає, то це «жахливо». У цьому підході раціонально-емотивний терапевт виступає як дослідник, який виявляє та раціонально спростовує подібні хибні переконання.

Використання технік когнітивної реструктуризації дозволить знизити рівень тривожності, яка викликається ірраціональним сприйняттям складних ситуацій. Когнітивна реструктуризація повинна позитивно вплинути на такі показники психологічного благополуччя, як самооцінка і впевненість у собі, що в свою чергу також буде сприяти зниженню тривожності і підвищенню показника стресостійкості.

У більшості респондентів досить часто спостерігається стан напруження і скутості у тілі. Тому доречно буде додати до корекційної програми також техніки тілесно-орієнтованої терапії, спрямовані на зняття психоемоційної і фізичної напруги.

3.3. Програма корекції психосоматичних розладів у жінок зрілого віку засобами КПТ

Проведене теоретичне та емпіричне дослідження показало стійкий взаємообумовлюючий зв'язок між психічним і соматичним. Відтак, метою формувального експерименту був вплив на психічний стан відібраних респондентів в результаті емпіричного дослідження з метою знизити психологічні фактори ризику виникнення психосоматичних проявів серцево-судинних захворювань.

На другому етапі дослідження (формувальний експеримент) було розроблено і реалізовано корекційну програму групового тренінгу для 11 респондентів з врахуванням результатів констатувального експерименту.

Корекційна програма розроблена за допомогою засобів КПТ на основі курсу «Самодопомога плюс», яка була розроблена ВООЗ як груповий курс управління стресом для дорослих [16]. Спрямована на зменшення емоційної напруги у всіх респондентів вибірки.

Індивідуальні корекційні програми запропоновані респондентам з найвищими показниками нейротизму, тривожності, а також з низькими показниками за шкалами психологічного благополуччя. В індивідуальній роботі корекційні програми розроблені під кожного конкретного респондента і спрямовані на роботу з автоматичними негативними думками. Передбачалось по одній індивідуальній консультації на кожного.

Тренінгові заняття з обраними респондентами проводились в режимі онлайн на протязі 5 днів, у ввечері, після робочого дня. Тренінг складався з 5 занять по 1,5 години. Респонденти № 14 і 28 відмовились від участі в тренінгу.

План тренінгових занять.

Заняття 1. Вступ. Знайомство.

Вступне слово. Інформація про курс.

Знайомство учасників.

Правила поведінки в процесі заняття.

Визначення поняття «стрес» і його вплив на людей.

Опис поняття «стрес» і «зачеплення за гачок».

Вправа «Усвідомлене споживання напою» [16].

Обговорення.

Пояснення практичної користі навички Допитливого спостереження.

Заняття 2.

Опис поняття «емоційних бурь».

Пояснення методу «заземлення».

Вправа на «заземлення» [16].

Обговорення «заземлення».

Ситуації, в яких «заземлення» допомагає.

Додаткове покрокове обговорення вправи «заземлення».

Вправа на релаксацію «Безпечне місце» [16].

Заняття 3.

Обговорення практики вправ «заземлення».

Нагадування про навичку «допитливого спостереження».

Нагадування про кроки навички «заземлення».

Нагадування про стрес, емоційні бурі і їх наслідки – важки думки і почуття.

Вправа на «заземлення» [16].

Пояснення щодо стресу, фізичних відчуттів і важких думок.

Вправа з малюнком людини: показати фізичні відчуття при стресі.

Вправа «помічати і називати думки» [16].

Пояснення, чому важливо їх помічати і називати.

Заняття 4.

Повтор навичок «відчіплюємось з гачка» і «заземлення».

Поняття: цінності, дії, цілі.

Вправа на виявлення цінностей [16].

Пояснення як може допомагати прояв доброти і «відчіплюємось з гачка» самокритики і судження.

Вправа «дружба з собою» [16].

Заняття 5.

Огляд основних понять попередніх занять.

Вирішення проблем згідно з власними цінностями.

Вправа «створити простір для болю» [16].

Вправа на зняття тілесної напруги.

Заклучна бесіда. Порада частіше практикуватись.

Детальний опис тренінгових занять.

Заняття 1. Мета вступного заняття полягає в тому, щоб допомогти учасникам налаштуватися на робочий процес, познайомитися одне з одним, знизити рівень емоційної напруги, сформувати атмосферу довіри й

відкритості, забезпечити відчуття психологічної безпеки в групі та створити мотивацію для подальшої ефективної роботи.

На початку вступного заняття учасники ознайомлюються з правилами поведінки в процесі тренінгу.

У вступній частині окреслюються ключові цілі роботи в групі та основні принципи взаємодії. Підкреслюється взаємозв'язок між психікою та тілесними процесами, а також те, як емоційний стан може сприяти появі психосоматичних симптомів. Окрема увага приділяється індивідуально-типологічним характеристикам людини, що визначають її рівень стресостійкості й за несприятливих умов можуть проявлятися на фізіологічному рівні.

Пояснення тренера. Сьогодні я пропоную зупинитися на важливому понятті - стресі. Це не просто «перевтома» чи «нерви». Стрес - це природна реакція організму на зміни та вимоги середовища. У помірній кількості він допомагає нам зібратися, діяти активніше, адаптуватися. Але коли напруга зростається, вона поступово виснажує і психіку, і тіло, впливаючи на сон, настрій та самопочуття.

Варто пам'ятати, що кожен переживає стрес по-своєму - наші індивідуальні особливості визначають, як саме ми реагуємо на складні ситуації. Те, що одній людині здається простим, у іншої може викликати значні труднощі.

На цьому тренінгу ми навчимося краще розуміти свої реакції, помічати сигнали перенапруження та знаходити способи відновлювати внутрішню рівновагу [17].

Опис поняття «стрес» і «зачеплення за гачок»[16]. Займіть зручне положення і зробіть один-два повільні вдихи, щоб зосередитися на собі. Тепер зверніть увагу на те, що вас зараз «чіпляє» - можливо, це тривожна думка, неприємне відчуття чи напруга в тілі. Уявіть, що ця думка або почуття - це гачок, який нас тримає у стані стресу, навіть не помічаючи цього.

Такий стрес часто супроводжує нас достатньо довгий час і не дає можливості поводитись відповідно до наших цінностей, виховання і сприйняття ситуації. Знаходячись під впливом такого стресу – «гачка», людина втрачає позитивні моменти життя, замість того, щоб отримати від них задоволення. Наприклад, від спілкування з дітьми або близькими людьми, а ще гірше, сперечання з ними, роздратованості чи іншого негативу.

Цей стан можливо подолати, зосередившись на певній діяльності «тут і зараз».

В моменти стресу людина втрачає концентрацію і часто робить деякі справи автоматично, у розсіяний спосіб. Навчившись перенаправляти і концентрувати увагу на те, що робиш в даний момент, ми можемо значно знизити вплив стресу на наше життя [17].

Вправа «Усвідомлене споживання напою» [16]. Мета цієї вправи - відчувати, що означає повністю зосереджуватися на тій дії, яку ви виконуєте, у даному випадку - на процесі вживання напою. Це істотно відрізняється від звичного автоматичного способу, коли ми п'ємо майже не помічаючи цього. Уміння зосереджувати всю увагу на одному завданні - це перший крок до більш ефективного управління стресом.

Після закінчення вправи – обговорення почуттів, які виникли в процесі. Можливо, дехто відкрив для себе нові відчуття при споживанні напою або щось інше.

Усвідомлене споживання напою – це ознайомлення з навичкою «Допитливого спостереження».

Тренер підкреслює, що «Допитливе спостереження» – це приділення максимальної уваги тому, що відбувається. Наводяться приклади концентрації уваги на: споживанні їжі, приготуванні їжі, прибиранні, прогулянки та інші.

Заняття 2. Мета заняття – ознайомлення з техніками «заземлення».

Заземлення - це спосіб впоратися з «емоційними бурями» думок, коли ми втрачаємо контакт з реальністю. Воно допомагає повернутися в теперішній момент. Більшість технік заземлення спираються на роботу п'яти органів

чуття - слуху, дотику, нюху, смаку та зору - або на дихання, щоб швидко скерувати увагу до того, що відбувається тут і зараз. Під час заземлення ми не намагаємося позбутися важких думок чи емоцій, а просто відчіплюємось від них і тримаємося за зовнішній світ, доки хвиля переживань не спаде.

Як ми вже зазначали, під час стресу з'являються важкі думки та емоції - це природно. Проте коли їх стає багато, вони пригнічують і беруть над нами надмірну владу. У цьому курсі ми називаємо такий стан «емоційною бурєю» [17].

Опис технік «заземлення» [16]. «Заземлення» через органи чуття». Під час вправи на заземлення зверніть увагу на свої органи чуття. Спершу подивіться навколо і помітьте п'ять речей, які ви бачите. Потім прислухайтеся до чотирьох звуків навколо себе. Далі відчуйте дотик трьох предметів, яких торкаєтесь, і зверніть увагу на два запахи, які відчуваєте. Нарешті, зосередьтеся на одному смаку, навіть якщо це просто ковток води, помічаючи його повністю та усвідомлено, з допитливим спостереженням.

Виконується вправа на «заземлення» [16].

«Заземлення» через дихальні вправи. Під час дихальної вправи повільно вдихайте на чотири рахунки, затримайте дихання на два рахунки, а потім повільно видихайте на шість рахунків, зосереджуючи увагу на відчуттях руху повітря та роботі тіла під час дихання. Можна також виконувати «дихання по квадрату», рівномірно рахуючи вдих, затримку, видих і паузу, щоб допомогти тілу і розуму заспокоїтися та повернутися в теперішній момент.

Виконується вправа на «заземлення» [16].

«Заземлення» через тілесно-орієнтовані практики. Під час тілесного заземлення зверніть увагу на контакт своїх ніг із підлогою та на вагу тіла на стільці. Легко напружте й розслабте м'язи рук, плечей або ніг, відчуваючи присутність свого тіла та його відчуття в моменті «тут і зараз».

Виконується вправа на «заземлення» [16].

Обговорюються вправи в групі. Наводяться приклади, в яких «заземлення» допомагає.

При обговоренні звертається увага на три послідовних етапи всіх вправ на заземлення: помітити стан стресу або емоційної бурі; зосередитись на своєму тілі через дихання або інші відчуття; зосередитись з допитливістю на моменті «тут і зараз».

Вправа на релаксацію «Безпечне місце» [16]. Допомагає створити внутрішній простір спокою та безпеки, куди можна «перенестися» у моменти напруження чи стресу.

Сядьте зручно, закрийте очі та зробіть кілька глибоких, повільних вдихів і видихів. Уявіть місце, де вам спокійно і комфортно - це може бути реальне або вигадане місце, де ви відчуваєте захист і спокій. Проглядайте його в деталях: що ви бачите, чуєте, відчуваєте запахом або дотиком. Відчуйте, як ваше тіло розслабляється, а дихання стає рівним і спокійним. Залишайтеся в цьому безпечному місці кілька хвилин, дозволяючи емоціям заспокоїтися і відновлюючи відчуття внутрішньої гармонії.

Домашнє завдання – спробувати виконувати вправи на «заземлення» в моменти відчуття стресу.

Заняття 3. Мета заняття – закріплення навичок «Допитливого спостереження», «заземлення» і «відчепитися з гачка» важких думок і почуттів.

Нагадування про три основні етапи вправ на «заземлення»: помітити стан стресу або емоційної бурі; зосередитись на своєму тілі через дихання або інші відчуття; зосередитись з допитливістю на моменті «тут і зараз».

Обговорювання домашнього завдання і практики вправ. Тренер підкреслює, що саме тренування навичок «заземлення» є запорукою їх дієвості. До того ж, часте повторювання вправ дає більше шансів, що в момент стресу ви ними скористаетесь.

Виконання однієї з вправ на «заземлення» [16].

Пояснення тренера про взаємозв'язок стресового стану від важких думок і почуттів і тілесних проявів.

Коли ми переживаємо стрес через важкі думки та емоції, це не залишається лише в голові - тіло теж реагує. Напруга в м'язах, прискорене серцебиття, важкість у грудях або труднощі з диханням - усе це фізичні прояви того, що відбувається всередині нас. Тобто психічний і тілесний стани тісно взаємопов'язані: те, що ми відчуваємо в думках і емоціях, відображається в нашому тілі.

Вправа з малюнком людини [16]. На малюнку зображено силует людини спереду і ззаду. Учасникам пропонується відмітити на малюнку усі місця, в яких вони фізично відчувають ускладнення або важкість через вплив стресу.

Вправа «помічати і називати думки»[16].

Пояснення тренера. Здатність помічати і називати важкі думки і почуття лишає їх сили впливу на нас. Чим частіше ви будете практикувати цю вправу, тим більше будете помічати, що ці думки і почуття все менше вас залякують і хвилюють.

Обговорення практики вправи «помічати і називати думки» і відчуттів в процесі виконання.

Вправа «відчепитися з гачка» [16].

Пояснення тренера. Тепер я поясню вам, як виконувати техніку «Відчіпляємося з гачка». Це простий трьохкроковий спосіб, який допомагає швидко зменшити вплив важких думок і почуттів та повернутися в теперішній момент.

Перший крок - помітити. Коли з'являється важке почуття - думка чи емоція - спробуйте дослідити її з допитливістю. Якщо це думка, зверніть увагу: вона приходить у вигляді слів, картинок чи поєднання обох? Якщо це почуття в тілі - де саме ви його відчуваєте?

Другий крок — назвати. Тихо скажіть собі: «Я помічаю важку думку» або «Я відчуваю важке почуття». Не потрібно знати точну назву емоції чи чітко формулювати думку - достатньо просто визнати факт її появи.

Третій крок - перенаправити увагу. Направте свою увагу назад на дію, якою займаєтеся зараз. Досліджуйте те, що бачите, чуєте, відчуваєте на дотик, нюхаєте чи смакуєте. Просто зануртеся у відчуття теперішнього моменту.

Ця техніка дуже зручна й швидка. Ви можете використовувати її будь-де й будь-коли — інколи достатньо лише кількох секунд, щоб відчепитися від «гачка» і знову опинитися в «тут і зараз».

Виконання вправи «відчепитися з гачка» [16].

Обговорення практики вправи.

Заняття 4. Мета заняття – поєднати засвоєні навички на попередніх заняттях з конкретними діями відповідно до поняття «цінності».

Повтор основних етапів вправ на «заземлення»: помітити стан стресу або емоційної бурі; зосередитись на своєму тілі через дихання або інші відчуття; зосередитись з допитливістю на моменті «тут і зараз».

Обговорення практики вправи «відчепитися з гачка» важких думок і почуттів.

Виконання вправи «відчепитися з гачка». Нагадування основних етапів: звернути увагу; назвати думку; перенаправити увагу в теперішній момент.

Пояснення: цінності, дії, цілі. Наші цінності визначають те, як ми хочемо поводитися й жити. Цінність - це внутрішній орієнтир, наше глибоке уявлення про те, якою людиною ми прагнемо бути. Наприклад, якщо для мене важливо виявляти доброту, то відповідною дією буде турбота про людину, яка цього потребує. Під час стресу ми часто поведимося так, що віддаляємося від своїх цінностей. Але в будь-який момент можемо зупинитися й обрати інші слова та дії - ті, що знову наблизять нас до того, що для нас справді важливо.

Цінності відрізняються від цілей. Цінності – це якості, основа нашої особистості, які формують дії. А цілі – це бажання або домагання. Наприклад, працьовитість – це цінність, якість особистості, а отримати роботу – це домагання, прагнення, ціль. Ви самі вирішуєте, які цінності для вас важливі.

Тренер пропонує зі списку цінностей, який він зачитає, обрати ті, які для кожного найважливіші. Список зачитується двічі, повільно, з паузами після кожної позиції.

- бути добрим;
- бути вірним;
- бути справедливим;
- бути сміливим;
- бути надійним;
- бути працьовитим;
- бути щедрим;
- бути терплячим;
- бути відповідальним.

Можливо, в списку немає тих цінностей, які важливі для когось з вас.

Подумайте про них.

Обговорення цінностей в групі. Це нормально, коли цінності одних відрізняються від інших. Кожен сам вирішує, які цінності для нього найважливіші [17].

Пояснення, чому цінності важливі. Цінності важливі, тому що, визначивши їх і спираючись на них, ми отримуємо більше змісту й внутрішнього наповнення. Попри обставини чи труднощі, ми можемо обирати те, що справді має значення, і діяти у спосіб, який відповідає тому, якою людиною хочемо бути. Цінності задають напрям, підтримують мотивацію та дають додаткової сили «відчепитися» від важких думок і емоцій, повертаючи увагу до головного.

А тепер уявіть одну дію, що відповідає вашим цінностям і тому, якою людиною ви прагнете бути. Продумайте реалістичний план її здійснення та спробуйте побачити, як ви крок за кроком втілюєте його в життя [17].

Обговорення складнощів при виконанні цієї вправи.

Пояснення тренера, як може допомагати прояв доброти і «відчіпляємось з гачка» самокритики і судження. Іноді, знаходячись в стані стресу, під

впливом важких думок, ми можемо казати про себе – я поганий, я нікчема, я дурний, та щось подібне. Або хтось інший каже про нас таке. Таки судження про себе можуть стати на заваді доброго ставлення до себе і вчинків відповідно до ваших цінностей.

Добрі слова до себе і до інших, малі добрі вчинки кожного дня мають важливий вплив і на вас.

Вправа «дружба з собою» [16].

Пояснення тренера. Навіщо потрібно «дружити з собою»? Бувають моменти, коли нам найбільше потрібна підтримка, а поруч нікого немає - тоді особливо цінно мати внутрішнього друга. Доброзичливе ставлення до себе додає сил, ресурсів і мотивації, що дозволяє краще піклуватися про інших, тож від цього виграють усі. Натомість жорстка самокритика виснажує, забирає енергію і робить нас менш здатними підтримувати близьких.

Як це виглядає на практиці.

Виконати вправу «відчепитися з гачка», коли ви говорите до себе з жорсткою критикою, недобре.

Зверніть увагу – ось нехороша думка».

Наступне – турботливим добрим тоном скажіть собі – «Це боляче. Це важко. Кожен має такі важкі думки і почуття в стресі».

Використайте фізичний жест – покладіть руку себе на серце або інше місце, де будете відчувати комфорт і тепло. Скажіть собі – «Я бачу, що тебе боляче, я дбаю про тебе». Відчуйте тепло від руки по всьому тілу.

Зверніть увагу – як це, бути добрим до себе.

Обговорення в групі.

Заняття 5. Мета заняття - поєднати засвоєні навички на попередніх заняттях для практичного застосування в складних життєвих ситуаціях.

Нагадування основних етапів вправ на «заземлення»: помітити стан стресу або емоційної бурі; зосередитись на своєму тілі через дихання або інші відчуття; зосередитись з допитливістю на моменті «тут і зараз».

Нагадування основних етапів вправи «відчепитися з гачка» важких думок і почуттів: звернути увагу; назвати думку; перенаправити увагу в теперішній момент.

Пояснення тренера. На попередньому занятті ми побачили, як важливо діяти відповідно до своїх цінностей, а також дбайливо і з добротою відноситися до себе та інших. І яким чином вправа «відчепитися з гачка» може допомогти в цьому. Сьогодні ми спробуємо за допомогою цих нових навичок допомогти собі у вирішенні складних життєвих ситуацій.

Для вирішення складної життєвої ситуації є три підходи [16].

1. Просто залишити ситуацію так як є, але це не завжди можливо (наприклад, якщо ви опинились далеко від дому, без житла і роботи – просто залишити ситуацію неможливо).
2. Змінити те, що можливо змінити, прийняти біль того, що неможливо змінити, і жити далі згідно зі своїми цінностями (змінити те, що можна змінити означає зробити все, що можливо для покращення ситуації; «прийняти біль того, що неможливо змінити» допоможуть навички «заземлення», «відчепитися з гачка» «дружба з собою», які допоможуть справитись з біллю; «жити далі згідно зі своїми цінностями» означає якнайкраще діяти відповідно до своїх цінностей).
3. Здатися, втратити зв'язок зі своїми цінностями, і робити те, що не допомагає, а погіршує ситуацію (пасивність, вживання алкоголю, звинувачення себе та інших, ненависть і агресія).

Ніхто навмисне не обирає варіант 3, але коли нас поглинають важкі думки і почуття, легше зробити саме так. Тому важливо для нас частіше практикувати навички, як «відчепитися з гачка», щоб обрати варіант 2 і «Змінити те, що можливо змінити, прийняти біль того, що неможливо змінити, і жити далі згідно зі своїми цінностями».

Отже, оглянемо наші покрокові дії в складній ситуації.

Крок 1. Визначити складну ситуацію, в якій опинились.

Крок 2. Подумати про найважливіші для вас цінності. Наприклад, доброта і спілкування з іншими.

Крок 3. Подумайте, які дії можна зробити відповідно до ваших цінностей у такої ситуації.

Крок 4. Обрати дію і спланувати, коли і як ви це зробите.

Обговорення в групі.

Вправа «створити простір для болю» [16].

Пояснення тренера. Коли ми переживаємо важкі події і знаходимося у стресі, часто природньої реакцією є спроба не думати про це, або уникати людей і проводити цілий день в ліжку, або вживати алкоголь. Ці способи дають лише короткотривале полегшення, частіше примножують проблеми. Зараз спробуємо замість того, щоб відштовхувати болісні відчуття, створити для них простір і дозволити бути з нами.

Візьміть в руки чистий аркуш паперу. Уявіть собі, що цей папір - весь ваш біль, важкі думки і почуття. А простір за ним – все, що для вас важливо. Тепер покладіть папір на коліна. Якщо ми дозволимо паперу просто лежати на колінах, ми будемо відчувати свободу від необхідності відштовхувати ті важкі переживання і боротися з ними, вони залишаться з нами, але ми будемо вільно діяти відповідно до наших цінностей [17].

Після обговорення важких тем, для перенаправлення уваги проведемо коротку вправу на зняття напруги в тілі.

Із зусиллям будемо сильно напружувати м'язи тіла поступово зверху вниз із шії, потім спина, сідниці, м'язи ніг. Декілька секунд тримаємося в такої сильної напрузі. Потім різко відпускаємо і розслаблюємося. Відчуваємо тепло і зняття тілесної напруги.

В рамках цього курсу ви здобули навички контролю і управління своїм стресовим станом. Це «заземлення» за допомогою технік дихання, технік використання органів відчуттів (слух, зір, нюх, смак, дотик). Навчилися допитливому спостереженню для повернення відчуттями в теперішній момент. Вправа «відчепитися з гачка» важких думок і почуттів допоможе вам

долати поглинаючи стресові стани. Ви навчилися управляти собою в складних ситуаціях, діючи відповідно до ваших цінностей. Діючи з добром до себе та інших.

Всі ці важливі навички можуть бути з вами все життя і допомагати в різних складних ситуаціях, але найважливішою є умова практикувати їх щодня. За цієї умови ви побачите з часом всю користь, яку вони можуть дати в подальшому житті.

Індивідуальні корекційні програми для респондентів № 1, 3, 4, 7, 21, 24.

Респондент № 24 від індивідуальної консультації відмовився.

Корекційна програма № 1 для індивідуальних консультацій з респондентами № 1 і 4.

1. Перша частина. Пояснення, що таке автоматичні негативні думки і як вони на нас впливають [43].

Автоматичні негативні думки - це швидкі, миттєві висновки, які з'являються в нас під впливом ситуації й часто здаються правдою, хоча насправді є викривленими. Вони виникають автоматично, без свідомого контролю, і впливають на те, як ми відчуваємося та поведимося в стресовій ситуації.

Ситуація сама по собі не викликає емоцій - емоції виникають через те, як ми цю ситуацію інтерпретуємо. Якщо інтерпретація негативна або спотворена, ми відчуваємо тривогу, провину, сум чи гнів. Саме тому важливо вміти помічати та перевіряти ці думки, а не сприймати їх як факти.

2. Друга частина. Клієнту пропонується пригадати останню стресову ситуацію і думки, з нею пов'язані, які викликають найбільший дискомфорт.

В роботі з обраної автоматичної негативною думкою клієнта скористуємось формою «заперечення «НАД» (Д. Меннінг, Н. Ріджудей, 2022).

Таблиця 3.1

Форма заперечення НАД

Негативна автоматична думка (НАД)	Докази на користь НАД	Докази проти НАД	Нова, більш збалансована думка
1	2	3	4
Клієнт № 1. «Він мене зрадив в ситуації зі своєю мамою. Він мене не любить».	В конфлікті він зайняв сторону своєї мами. Він мене обвинувачує в ситуації, яка склалась, а провини своєї мами не бачить. Він поводить ся зі мною, як з чужою.	Він зайняв сторону мами тому, що вона нещодавно пережила важкий стрес, і він не хотів її травмувати ще більше. Мене обвинувачує тому, що я не хочу цього враховувати. Він залишається зі мною, турбується про мене. Він просто ще ображений.	Він любить і мене, і свою маму, і турбується про нас обох. Тому це не зрада, а захист того, хто більш вразливий в той момент. В емоціях я про те не подумала.

Продовж. табл. 3.1

1	2	3	4
Клієнт № 4 « Я мамі ніколи не була потрібна. Вона завжди жила для себе».	Мама завжди на вихідні відправляла мене до своїх батьків, і я пам'ятаю себе вічно очікуючу на маму. Коли я закінчувала школу, мама поїхала за кордон, залишивши мене одну на 5 років. Зараз вона рідко проявляє співчуття у важки моменти. Більше критикує.	Мама залишилась одна з маленькою дитиною, будучи ще зовсім молодою жінкою. Їй хотілось позитивного спілкування, із чоловіками в тому числі. Це нормально. Вона поїхала за кордон працювати, щоб забезпечити нормальний фінансовий стан і мені, і собі. В тому числі оплатити моє навчання в інституті. Вона завжди допомагала фінансово, допомагала з онуком, коли він хворів. Зараз мамі вже багато років, хвороби погіршують сприйняття.	У мами було складне життя. Вона завжди намагалась зробити все можливе для нашої родини. Просто вона – інша. Вона інакше, ніж я виражає емоції. Але це не значить, що я їй була непотрібна. Вона тепло ставиться до мене, також, як і я до неї.

Результати цієї вправи пропонується клієнту добре обміркувати і після цього оцінити свій емоційний і фізичний стан.

Корекційна програма № 2 для індивідуальних консультацій з респондентами № 3 і 7.

1. Перша частина консультації однакова для обох респондентів, по сценарію консультації № 1.

2. Друга частина передбачає вправу на підвищення самооцінки. Це досягається за допомогою цієї ж форми заперечення НАД [43], але заперечувати будемо думки іншого характеру, як «Я ні на що сама не здатна», «Мене неможливо любити» та таке інше.

Таблиця 3.2

Форма заперечення НАД

Негативна автоматична думка (НАД)	Докази на користь НАД	Докази проти НАД	Нова, більш збалансована думка
1	2	3	4
Клієнт № 3 «Мене неможливо любити»	Батьки мене не любили. Вони любили мого молодшого брата. А мене використовували як няньку, як домробітницю. Хлопець – перше кохання – мене кинув, казав, що не любив мене. Мій чоловік дуже швидко розлюбив мене. Зараз я його тільки дратую, він часто кричить на мене.	Батьки все зробили для мого становлення в житті. І в матеріальному плані. І в подальшій підтримці в складних ситуаціях. З чоловіком ми живемо вже майже 30 років і він залишається зі мною і нашою донькою. Він не байдужий до моїх справ, підтримує у важкі часи. Любить нашу доньку.	Любов батьків до мене і мого молодшого брата проявлялась по різному. Батьки до молодших дітей завжди ставляться дещо інакше тому, що самі дорослішають і змінюються. В першому коханні, в юнацькому віці ми ще не достатньо зрілі до серйозних відносин. Тому це часто закінчується розчаруванням. Пристрасне кохання перших років подружнього життя проходить. Поступово воно перетворюється на близькі дружні партнерські. Тому є доказ – багато років разом, підтримуючи один одного.

Продовж. табл. 3.2

1	2	3	4
Клієнт № 7 «Я ні на що сама не здатна»	Все моє життя батьки забезпечували мої основні потреби. Я не могла на низьку зарплату оплатити своє навчання. Потім я не змогла забезпечити себе окремим житлом. У відносинах з чоловіками мій залежний стан їх лякав. Зараз батьків вже немає, а я не справляюсь зо всіма проблемами по дому. Не можу дозволити себе то, що могла раніше.	Я завжди працювала, отримувала зарплату. Я закінчила інститут, отримала більш високооплачувану посаду. Зараз у мене багато накопичилось проблем з утриманням дому, але батьки вже не могли все охопити, а я їм не дуже допомагала, в тому числі фінансово. Зараз я намагаюсь поступово вирішувати всі ті проблеми.	Можливо, я не «не могла», а мені було зручно, коли всі мої проблеми за мене вирішували батьки. Насправді, я змогла закінчити інститут, я змогла працювати на відповідальній посаді. І зараз я зможу поступово вирішити всі накопичені проблеми. Хоча зараз, можливо, від якихось своїх бажань прийдеться відмовитися. На деякий час.

На мій погляд, з респондентами № 3 і 7 потрібна більш тривала корекційна робота. Оскільки по результатам опитування про стан психологічного благополуччя саме вони мають більш низькі показники по всім шкалам. По всім іншим показникам дослідження вони не мають значимих позитивних змін. Вони дуже закриті, потрібен час, щоб налагодити з ними продуктивну співпрацю. Теж стосується і респондента № 24, яка відмовилась від індивідуальної консультації.

Корекційна програма № 3 для індивідуальної консультації з респондентом № 21.

В процесі консультації респондент розповідає про важки почуття і дуже сильну емоційну напругу в спілкуванні з людьми. Вона – глибокий інтроверт. Не замужем, дітей немає, живе з двома собаками. Працює в ІТ-сфері. Прозвучали фрази «Я ненавиджу людей», «Мені комфортно, коли я одна». Можливо, результат по шкалі «мета в житті» 7 балів – наслідок відсутності позитивного спілкування.

1. Перша частина консультації відповідає сценарію консультації №1.
2. В другий частині консультації респонденту пропоновано по формі «заперечення НАД» розглянути ці формулювання [43].

Таблиця 3.3

Форма заперечення НАД

Негативна автоматична думка	Докази на користь НАД	Докази проти НАД	Нова, більш збалансована думка
1. Я ненавиджу людей. 2. Мені комфортно, коли я одна	Я не можу серед них знаходитися. Вони мене дратують. Я завжди уникаю спілкування. Вони «лізуть» мені в душу. Я відчуваю ворожість. Тільки коли я одна, я відчуваю спокій.	Коли на роботі відбуваються корпоративи, у мене є бажання бути там, але я відчуваю напруження. Коли на корпоративі я випиваю бокал вина, я відчуваю себе комфортніше. У мене є болючі питання, які я не хочу обговорювати.	Я ненавиджу не людей, а страждаю від того емоційного стану, який вони викликають. Якщо я не хочу обговорювати деякі особисті питання, я не зобов'язана цього робити. Я завжди можу встати і пійти, якщо бути серед них мені буде неприємно.

3. В другий частині консультації респонденту запропоновано десенсибілізацію, поступове звикання знаходження в колективі. Людина не уникає контакту, а спокійно входить у ситуацію й залишається в ній, доки тривога природно не зменшиться. В процесі вправи запропоновано зосередитись не на себе, а на оточуючих [43].

Для того, щоб отримати позитивні зміни в подоланні такої проблеми, необхідно більш тривалий час корекційної роботи. При наявності стійких позитивних змін, можна додати такі вправи, як «Колесо цінностей», де респондент обирає ключові сфери (здоров'я, стосунки, розвиток, творчість, внесок у світ) і визначає, наскільки живе у відповідності з ними. Далі потрібно сформулювати «ціннісні напрямки» - не конкретні цілі, а напрямки руху. Після цього застосовується техніка «SMART-цілі»: необхідно перетворити цінності на маленькі, конкретні кроки, які можна виконати вже зараз. Такий підхід допомагає зняти відчуття розгубленості, створити внутрішню мотивацію та відчувати, що життя рухається у значущому напрямку.

3.4. Оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою методів математичної статистики - t-критерію Стюдента

В процесі проведення третього етапу дослідження перевірено ефективність впливу корекційної програми методами математичної статистики t-критерію Стюдента.

Після проведення тренінгових занять та індивідуальних консультацій проведено повторне опитування за методиками констатувального експерименту: методика визначення типу темпераменту Г. Айзенка; методика діагностики Л. І. Вассермана і Н. В. Гуменюк для визначення поведінкової активності, пов'язаної з ризиком серцево-судинних захворювань (тип А поведінки); шкала тривожності Спілбергера; шкала психологічного благополуччя Керол Рифф.

Для встановлення наявності статистично значимої різниці в показниках до та після корекційного впливу, було використано розрахунок t-критерію Стюдента для залежних вибірок. Оцінка проводилась окремо за кожною методикою.

Сформулюємо гіпотези:

1. H_0 – відмінності між вибірками «До» і «Після» випадкові і незначимі;
2. H_1 – відмінності між вибірками «До» і «Після» достовірні і значимі.

В таблиці 3.4 наведено результати опитувань за методикою визначення типу темпераменту Г. Айзенка для співставлення до і після проходження корекційних програм по показнику рівню нейротизму, а також розрахунок стандартного відхилення різниць.

Таблиця 3.4

Розподіл результатів констатувального і формувального експерименту за методикою визначення типу темпераменту Г. Айзенка

№ респ.	Нейротизм		Різниця (d)	Стандартне відхилення різниць	
	До	Після		d – Md	(d – Md) ²
1	20	15	5	4.267	18.207

Продовж. табл. 3.4

1	2	3	4	5	6
2	12	12	0	-0.733	0.537
3	17	15	2	1.267	1.605
4	17	15	2	1.267	1.605
5	8	8	0	-0.733	0.537
6	9	9	0	-0.733	0.537
7	17	18	-1	-1.733	3.003
8	20	20	0	-0.733	0.537
9	11	11	0	-0.733	0.537
10	12	8	4	3.267	10.673
11	19	19	0	-0.733	0.537
12	21	21	0	-0.733	0.537
13	12	12	0	-0.733	0.537
14	14	14	0	-0.733	0.537
15	13	13	0	-0.733	0.537
16	10	10	0	-0.733	0.537
17	10	10	0	-0.733	0.537
18	10	10	0	-0.733	0.537
19	13	8	5	4.267	18.207
20	1	1	0	-0.733	0.537
21	14	12	2	1.267	1.605
22	14	12	2	1.267	1.605
23	10	10	0	-0.733	0.537
24	19	18	1	0.267	0.071
25	15	15	0	-0.733	0.537
26	17	17	0	-0.733	0.537
27	14	14	0	-0.733	0.537
28	14	14	0	-0.733	0.537
29	15	15	0	-0.733	0.537
30	11	11	0	-0.733	0.537
середнє арифметичне різниці пар значень (Md)			0.733	-	Σ 67.858

Стандартне відхилення $\sigma d = 1.53$

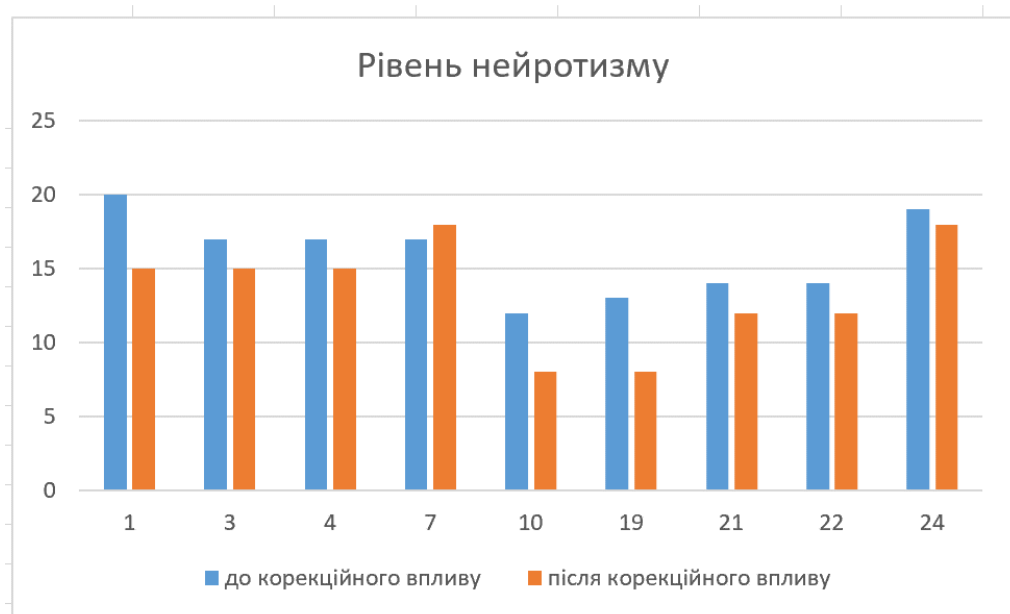


Рис. 3.1. Діаграма зміна рівню нейротизму в результаті психокорекційного впливу у вибірковій групі

Кількість ступенів свободи $df = N - 1 = 29$

Розраховуємо емпіричне значення t-критерію ($t_{\text{емп}}$) за формулою:

$$t = \frac{|M_d|}{\sigma_d / \sqrt{N}} \quad (3.1)$$

де M_d - середнє арифметичне різниці пар значень;

σ_d – стандартне відхилення різниці пар значень;

N – обсяг вибірок.

$t_{\text{емп}} = 2.63$

Висновок: різниця між показниками нейротизму “До” та “Після” статистично значуща ($\alpha < 0.05$). Після корекційного впливу рівень показника зменшився достовірно, а не випадково. Підтвердження гіпотези H_1 .

Слід відмітити, на фоні зменшення показника нейротизму у всіх респондентів вибірки, у респондента № 7 нетипове збільшення показника. Найменші позитивні зміни нейротизму у респондента № 24.

В таблиці 3.5 наведено результати опитувань за шкалою тривожності Спілбергера до і після проходження корекційних програм по показникам рівня тривожності і проведено розрахунок стандартного відхилення різниць.

Таблиця 3.5

**Розподіл результатів
констатувального та формувального експерименту за методикою
шкала тривожності Спілбергера**

№ респ.	Тривожність							
	ситуативна				особиста			
	до	після	різниці я (d)	$(d - Md)^2$	до	післ я	різниці я (d)	$(d - Md)^2$
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	58	53	5	21.16	56	52	4	5.919
2	56	56	0	0.16	50	50	0	2.455
3	54	52	2	2.56	58	53	5	11.785
4	56	58	-2	5.76	53	53	0	2.455
5	50	50	0	0.16	46	46	0	2.455
6	58	58	0	0.16	57	57	0	2.455
7	53	53	0	0.16	64	57	7	29.517
8	56	56	0	0.16	64	64	0	2.455
9	50	50	0	0.16	44	44	0	2.455
10	55	51	4	12.96	48	41	7	29.517
11	55	55	0	0.16	58	58	0	2.455
12	58	58	0	0.16	58	58	0	2.455
13	56	56	0	0.16	51	51	0	2.455
14	51	51	0	0.16	52	52	0	2.455
15	57	57	0	0.16	52	52	0	2.455
16	58	58	0	0.16	49	49	0	2.455
17	51	51	0	0.16	49	49	0	2.455
18	52	52	0	0.16	49	49	0	2.455
19	53	53	0	0.16	55	49	6	19.651
20	50	50	0	0.16	49	49	0	2.455

Продовж. табл. 3.5

1	2	3	4	5	6	7	8	9
21	48	51	-3	11.56	58	54	4	5.919
22	55	49	6	31.36	55	47	8	41.383
23	52	52	0	0.16	50	50	0	2.455
24	50	50	0	0.16	62	56	6	19.651
25	52	52	0	0.16	54	54	0	2.455
26	50	50	0	0.16	53	53	0	2.455
27	52	52	0	0.16	55	55	0	2.455
28	51	51	0	0.16	45	45	0	2.455
29	53	53	0	0.16	48	48	0	2.455
30	52	52	0	0.16	53	53	0	2.455
середнє арифметичне різниці пар значень (M_d)			0.4	$\sum 89.2$	середнє арифметичн е різниці пар значень (M_d)		1.567	$\sum 217.352$

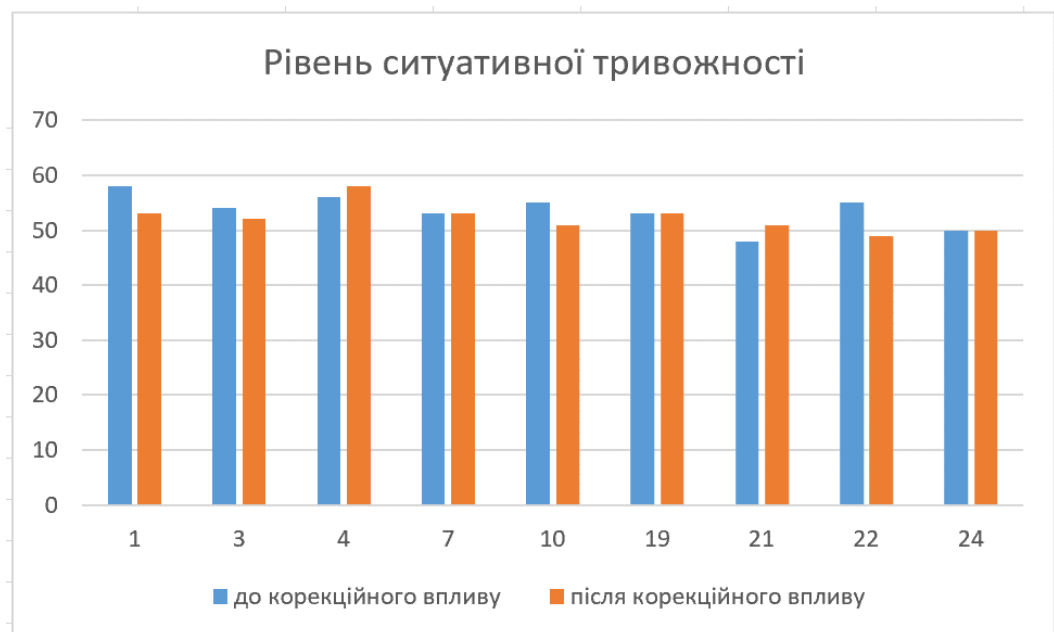


Рис. 3.2. Діаграма зміна рівню ситуативної тривожності в результаті психокорекційного впливу у вибірковій групі

Стандартне відхилення різниць для ситуативної тривожності $\sigma d = 1.75$

Стандартне відхилення різниць для особистої тривожності $\sigma d = 2.74$

Розраховуємо емпіричне значення t-критерію ($t_{\text{емп}}$) для ситуативної тривожності за формулою:

$$t = \frac{|M_d|}{\sigma_d / \sqrt{N}} \quad (3.1)$$

$$t_{\text{емп}} = 1.25$$

Для $df = 29$ в таблиці критичних значень немає даних.

Висновок: статистично значущої різниці між показниками ситуативної тривожності «до» і «після» впливу корекційної програми немає. Отримане значення t не перевищує критичне, тому різницю не можна вважати надійною з точки зору статистики. Зміни є, але вони не достатньо суттєві, щоб упевнено сказати, що вони не випадкові. Підтвердження гіпотези H_0 .

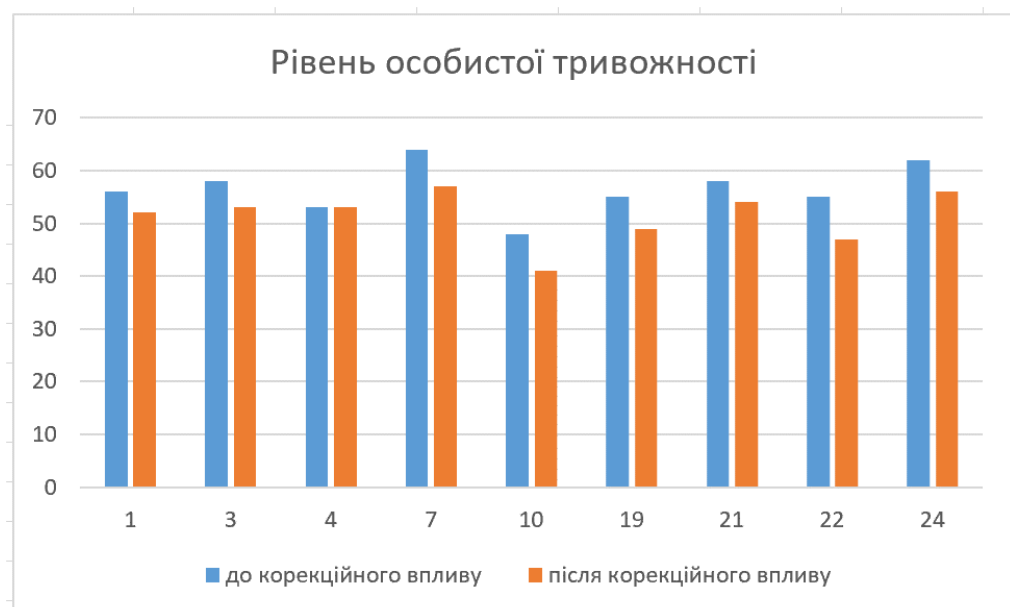


Рис. 3.3. Діаграма зміна рівню особистої тривожності в результаті психокорекційного впливу у вибірковій групі

Розраховуємо емпіричне значення t-критерію ($t_{\text{емп}}$) для особистої тривожності за тою ж формулою:

$$t_{\text{емп}} = 3.13$$

Висновок: різниця між показниками особистої тривожності «до» і «після» впливу корекційної програми статистично значуща ($\alpha < 0.01$) і не випадкова. Підтвердження гіпотези H_1 .

Як бачимо з таблиці результатів змін показників тривожності, немає позитивних змін у респондента № 4.

В таблиці 3.6 наведено результати опитувань за методикою діагностики Л. І. Вассермана і Н. В. Гуменюк для визначення поведінкової активності, пов'язаної з ризиком серцево-судинних захворювань (тип А поведінки) до і після проходження корекційних програм і проведено розрахунок стандартного відхилення різниць.

Таблиця 3.6

**Розподіл результатів
констатувального та формувального експерименту за методикою
діагностики Л. І. Вассермана і Н. В. Гуменюк для визначення
поведінкової активності**

№ респ.	Тип поведінкової активності			
	до	після	різниця (d)	$(d - M_d)^2$
1	2	3	4	5
1	87	77	10	72.812
2	87	87	0	2.152
3	75	73	2	0.284
4	76	73	3	2.350
5	88	88	0	2.152
6	82	82	0	2.152
7	110	104	6	20.548
8	104	104	0	2.152
9	65	65	0	2.152
10	78	73	5	12.482
11	91	91	0	2.152
12	88	88	0	2.152
13	85	85	0	2.152

Продовж. табл.3.6

1	2	3	4	5
14	79	79	0	2.152
15	81	81	0	2.152
16	68	68	0	2.152
17	81	81	0	2.152
18	72	72	0	2.152
19	61	56	5	12.482
20	73	73	0	2.152
21	78	69	9	56.746
22	81	77	4	6.416
23	82	82	0	2.152
24	82	82	0	2.152
25	69	69	0	2.152
26	93	93	0	2.152
27	57	57	0	2.152
28	87	87	0	2.152
29	84	84	0	2.152
30	80	80	0	2.152
середнє арифметичне різниці пар значень (M_d)			1.467	$\sum 231.464$

Стандартне відхилення різниць для інтенсивності поведінкової активності $\sigma d = 2.83$.

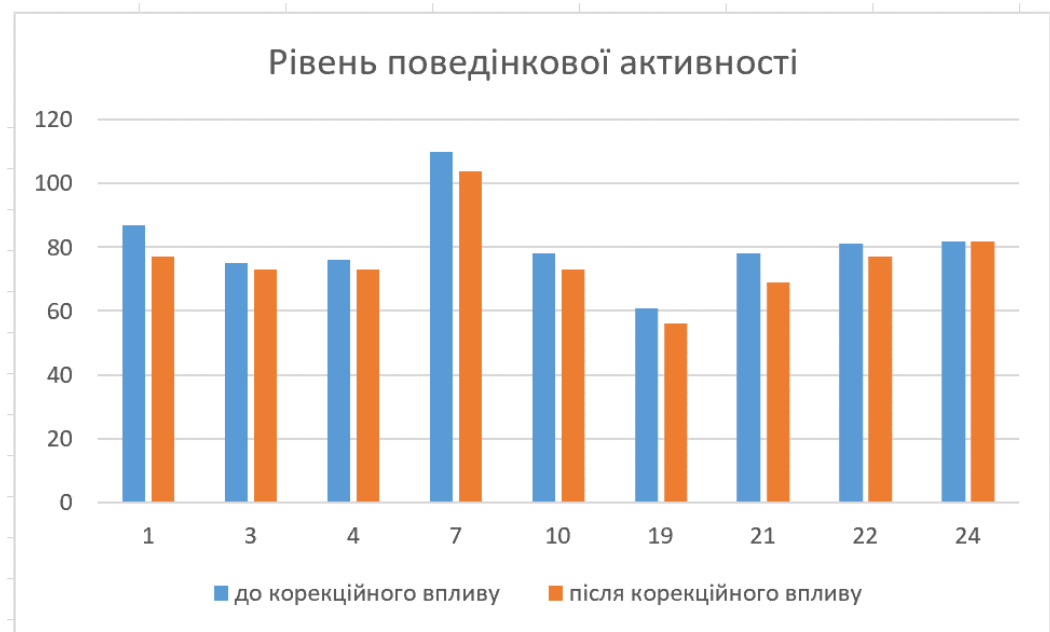


Рис. 3.4. Діаграма зміна рівню інтенсивності поведінкової активності в результаті психокорекційного впливу у вибірковій групі

Розраховуємо емпіричне значення t-критерію ($t_{\text{емп}}$) для типу поведінкової активності за формулою:

$$t = \frac{|M_d|}{\sigma_d / \sqrt{N}} \quad (3.1)$$

$$t_{\text{емп}} = 2.84$$

Наше $t_{\text{емп}} = 2.84$, тобто різниця статистично значуща на рівні $\alpha < 0.001$.

Висновок: після проходження корекційної програми більшість показників поведінкової активності значно знизилась. Це сильний ефект, який не може бути випадковим. Підтвердилась гіпотеза H_1 .

Результати змін показують, що у всіх респондентів вибірки відбулись значні позитивні зміни, крім респондента № 24. Найменші зміни – у респондентів № 3 і 4.

В Додатку Е наведено результати опитувань за методикою Керол Рифф про стан психологічного благополуччя деталізовані за кожною шкалою методики і підраховано індекс загального психологічного благополуччя до і після проходження корекційних програм. В таблиці (див. таб. 3.7) наведено

розподіл результатів опитування до і після і формувального експерименту за індексом загального психологічного благополуччя.

Таблиця 3.7

**Розподіл результатів
констатувального та формувального експерименту за методикою
Керол Рифф (по індексу загального психологічного благополуччя)**

№ респ.	Індекс загального психологічного благополуччя			
	до	після	різниця (d)	$(d - Md)^2$
1	2	3	4	5
1	186	209	-23	428.49
2	236	239	0	5.29
3	147	147	0	5.29
4	172	193	-21	349.69
5	193	193	0	5.29
6	229	229	0	5.29
7	126	142	-16	187.69
8	179	179	0	5.29
9	215	215	0	5.29
10	230	240	-10	59.29
11	117	117	0	5.29
12	155	155	0	5.29
13	208	208	0	5.29
14	198	198	0	5.29
15	184	184	0	5.29
16	214	214	0	5.29
17	223	223	0	5.29
18	201	201	0	5.29
19	207	219	-12	94.09
20	215	215	0	5.29
21	151	146	5	53.29

Продовж. табл. 3.7

1	2	3	4	5
22	214	206	8	106.09
23	201	201	0	5.29
24	116	116	0	5.29
25	200	200	0	5.29
26	160	160	0	5.29
27	182	182	0	5.29
28	204	204	0	5.29
29	177	177	0	5.29
30	187	187	0	5.29
середнє арифметичне різниці пар значень (M_d)			-2.300	1400.3

Результати корекційного впливу демонструє діаграма (див. рис. 3.5).

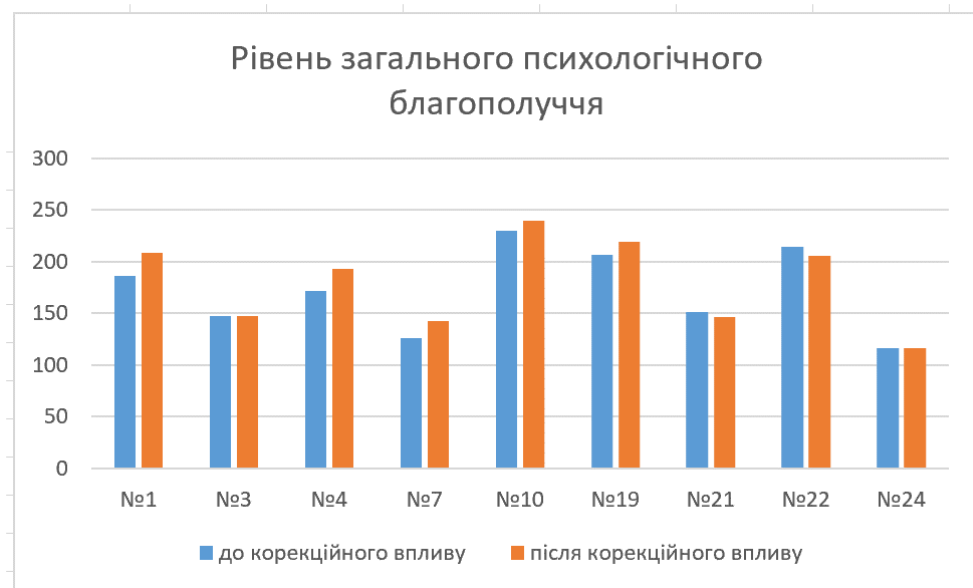


Рис. 3.5. Діаграма зміна рівню загального психологічного благополуччя в результаті психокорекційного впливу у вибірковій групі

Стандартне відхилення різниць середнього балу стану психологічного благополуччя $\sigma d = 6.95$.

Розрахунок значення t-критерію ($t_{\text{емп}}$) Стьюдента проведено по індексу загального психологічного благополуччя.

Розраховуємо емпіричне значення t-критерію ($t_{\text{емп}}$) для індексу загального психологічного благополуччя за формулою:

$$t = \frac{|M_d|}{\sigma_d / \sqrt{N}} \quad (3.1)$$

$$t_{\text{емп}} = -1.81$$

Наше $t = -1.81$, тобто різниця статистично значуща на рівні $\alpha < 0.05$.

Висновок: після проходження корекційних заходів отримано статистично значимі результати. У більшості респондентів збільшився індекс загального психологічного благополуччя.

Як бачимо із даних таблиці, немає позитивних змін у респондентів № 3, 21, 22, 24.

У респондентів № 3, 7, 21 і 24 найменші показники загального психологічного благополуччя. Саме вони найчастіше повторюються в констатації негативних змін або відсутності змін. Тому можна припустити, що без суттєвих змін стану психологічного благополуччя важче отримати позитивні зміни по інших показниках.

Для аналізу рівня впливу корекційних програм на показники нейротизму, ситуативної та особистої тривожності, інтенсивності поведінкової активності і стану психологічного благополуччя представимо розраховані рівні t-критерію Стьюдента у вигляді діаграми (див. рис.3.6).

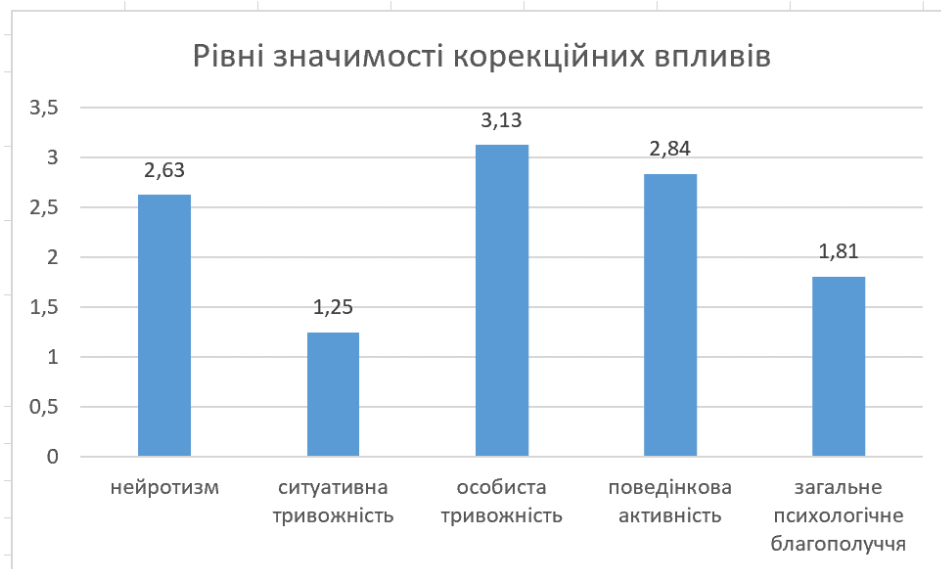


Рис. 3.6. Діаграма рівня значимості корекційних впливів.

Як бачимо на діаграмі, найбільші позитивні зміни відбулись у показниках нейротизму, особистої тривожності і типу поведінкової активності.

Ситуативна тривожність не зазнала статистично значимого впливу.

Показники стану психологічного благополуччя показують позитивні зміни, але на мінімальному рівні (поріг значимості – 1.70) статистичної значимості.

Таким чином, у більшості респондентів-інтровертів вибіркової групи в процесі розробленої програми корекційного впливу за допомогою засобів КПТ значимо зменшились показники схильності до психосоматичних розладів серцево-судинної системи. Такими показниками, як відзначалось у теоретичному розділі, являються саме інтроверсія, високий рівень нейротизму, високий рівень тривожності, висока інтенсивність поведінкової активності. Отже, доведено вплив корекційних програм, розроблених за допомогою засобів КПТ, на зниження факторів схильності до психосоматичних розладів.

Стійкі високі показники за шкалами стану психологічного благополуччя являються стабілізуючим фактором емоційності. Особливо, такі фактори, як самооцінка, навички ефективного спілкування, потенціал особистого

розвитку. Хоча в процесі корекційного впливу намітились позитивні тенденції, вочевидь, потрібно значно більш тривалий період терапії, щоб досягти більш значимого покращення стану. Знижені показники загального психологічного благополуччя ускладнюють зниження показників емоційної нестабільності, тривожності і інтенсивності поведінкової активності.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

В результаті проведеного аналізу теоретико-методологічних засад використання КПТ-терапії як інструменту впливу на психічний стан особистості відзначено, що основною концепцією когнітивної терапії являється виявлення у пацієнта негативних автоматичних думок і когнітивних конструкцій, які призводять до спотворення сприйняття ситуацій і деструктивної поведінки, і заміна їх більш реалістичними й адаптивними переконаннями.

На сучасному етапі КПТ- терапія має велику доказову базу і поширюється у світі як одна з найефективніших форм психотерапії. Її переваги - спрямованість на розв'язання конкретних проблем, орієнтація на теперішній момент і короткотривалість курсу

Проаналізовано методологічні підходи до розробки програм корекції психосоматичних розладів. Основою методологічного підходу когнітивно-поведінкового напрямку в психотерапії психосоматичних розладів є наявність викривленого оцінювання подій, наслідком чого вони і являються, і зміна цієї оцінки на реальну має привести до змін стану пацієнта. Така взаємообумовленість покладена у основу більшості технік КПТ.

За підсумками проведеного опитування на етапі констатувального експерименту була сформована вибірка респондентів, які мали фактори схильності до психосоматичних розладів серцево-судинної системи. Метою формувального експерименту було виявити особливості корекційного впливу засобами КПТ для їх зниження і зменшення ризику розвитку симптоматики такого типу захворювань.

В корекційну програму включений загальний тренінг по зниженню факторів емоційної напруги, розроблений за допомогою засобів КПТ на основі курсу «Самодопомога плюс», яка була розроблена ВООЗ як груповий курс управління стресом для дорослих [16]. А також індивідуальні консультації.

Програми індивідуальних консультацій розроблялись за допомогою технік КПТ [43] з врахуванням показників стану психологічного благополуччя.

Індивідуальні консультації респондентів № 1 і 4, які мали досить високий рівень за шкалами психологічного благополуччя, показали найбільший вплив корекційного втручання.

Індивідуальні консультації респондентів № 3, 7, 21 стійких позитивних змін не показали. Респондент № 7 виявив нетипову реакцію. Вони мають середній рівень психологічного благополуччя.

В результаті формувального експерименту отримано статистично значущі результати по зниженню таких факторів ризику, як нейротизм, особиста тривожність, інтенсивність поведінкової активності, загальне психологічне благополуччя. Однак, ступень впливу на всіх респондентів різна.

Відзначено, що респонденти, які мали більш високі показники психологічного благополуччя, показали більш високі результати позитивного впливу на фактори схильності до психосоматичних розладів.

Респонденти з низькими показниками стану психологічного благополуччя показали і менш значимі зміни по зниженню емоційної напруги.

Більш значні позитивні зміни в стані психологічного благополуччя можуть бути досягнуті за більш тривалий період корекційної роботи.

Таким чином, загальна тренінгова робота з групою по зниженню факторів психосоматичних розладів серцево-судинної системи ефективна для людей без глибоких психологічних проблем. Якщо людина знаходиться у стані хронічного стресу від неперепрацьованої, непережитої проблеми, з нею потрібна індивідуальна робота більш тривалий час.

ВИСНОВКИ

1. В результаті проведеного аналізу теоретико-методологічних основ вивчення психосоматичних розладів можна зробити наступні висновки.

Проблема психосоматичних кореляцій і на сьогоднішній день залишається однією із самих складних, незважаючи на те, що була помічена ще стародавніми філософами Греції. Сьогодні цілком обґрунтованим є розуміння того, що емоційна напруга відіграє ключову роль у розвитку психосоматичних проявів, адже вони фактично є тілесним відображенням пережитих емоцій.

Науково-медичні дослідження в цій сфері почали активно розвиватися порівняно недавно, і сьогодні психосоматика становить міждисциплінарний напрям, що поєднує медицину та психологію. Упродовж багатьох років різні психологічні школи й теоретичні підходи пропонували власні точки зору на природу виникнення психосоматичних явищ. Узагальнюючи різні теоретичні підходи, можна сказати, що розвиток психосоматичного захворювання найчастіше запускається інтенсивним емоційним переживанням, яке спричиняє дисфункційні зміни в роботі окремих систем організму.

Інтенсивність і наслідки емоційного реагування на складні ситуації залежать від індивідуальних особливостей людини - типу нервової системи, рис характеру, рівня тривожності, спадковості, стилю поведінки, рівня інтелекту та інших.

Рівень психологічного здоров'я та благополуччя визначає якість стратегій, які людина обирає для подолання складних подій. Чим він вищий, тим легше й результативніше вона проходить через труднощі. Він знижує ймовірність негативних наслідків у кризових ситуаціях і допомагає отримати важливий досвід розвитку, що формує внутрішню опору для подальшого подолання життєвих викликів.

2. Підсумовуючи всі розглянуті психологічні і психофізіологічні аспекти, характерні для жінок зрілого віку можна відмітити наступне.

Характерними рисами жінки зрілого віку є значний життєвий досвід, відносна стабільність, професійна реалізація та висока соціальна відповідальність. На цьому етапі особистість має сформовану систему цінностей, розвинені навички саморефлексії й саморегуляції та прагне до балансу між власними потребами й вимогами соціуму.

Водночас зрілість може супроводжуватися кризами, пов'язаними з переосмисленням пройденого шляху, оцінкою досягнень і відчуттям нездійснених намірів. Для жінки цього віку актуальними стають прийняття природних вікових змін, формування життєвої мудрості, поглиблення близькості у стосунках, а також адаптація до дорослішання дітей і зміни ролей у стосунках із батьками, які старішають.

Отже, на етапі зрілості жінка являє собою багатогранну особистість, сформовану за прожиті роки від народження. І подальший її психологічний розвиток визначається всією сукупністю рис і досвідом, накопиченим упродовж її життєвого шляху.

3. В результаті емпіричного дослідження особливостей психосоматичних розладів у жінок зрілого віку (вік від 45 до 60 років) було встановлено 36,7% (11 жінок) із загальної кількості респондентів, схильних до психосоматичних розладів. Факторами ризику при відборі являлись високий рівень нейротизму, інтроверсія, високий рівень тривожності, висока інтенсивність поведінкової активності.

Дослідження проводилось за допомогою наступних методик: методика визначення типу темпераменту Г.Айзенка; методика діагностики поведінкової активності Л. І. Вассермана і Н. В. Гуменюк ; шкала тривожності Спілбергера; шкала психологічного благополуччя Керол Рифф.

Результати опитування за методикою Г. Айзенка свідчать про наступне. Із загальної кількості респондентів (30): холериків - 11; меланхоліків - 10; флегматиків - 5; сангвініків - 4.

Із загальної кількості опитуваних 28 (93 %) респондентів з середнім і високим рівнем нейротизму.

Результати опитування за шкалою тривожності Спілбергера показали, що високий рівень ситуативної тривожності спостерігається у всіх респондентів. Також високий рівень і особистої тривожності у 28 респондентів, у двох – середній.

Дослідження типу поведінкової активності за методикою Л. І. Вассермана і Н. В. Гуменюк показує, що з 30 респондентів у 21 (70%) поведінка типу «АБ», у 7 респондентів – тип «Б», і у 2 – тип» А».

Більшість респондентів з високим рівнем нейротизму (17 і вище) мають і більш високі показники тривожності та інтенсивності поведінкової активності.

Отримані результати про стан психологічного благополуччя за методикою Керол Рифф наступні: високий рівень психологічного благополуччя у 23 (77%) респондентів; середній рівень – у 7 (23%).

Респонденти зі середнім рівнем стану психологічного благополуччя мають найбільші показники нейротизму і тривожності.

Додатково отримано деталізовану за 6 шкалами методики інформацію про стан психологічного благополуччя респондентів, яка дає можливість побачити проблемні напрямки особистості і включити відповідні техніки в індивідуальну програму корекційного впливу.

В результаті проведеного дослідження з 30 респондентів відібрано 11 (36,7%) як група ризику виникнення психосоматичних розладів (на прикладі серцево-судинної системи). В результаті проведеного дослідження сформована вибіркова група респондентів із наявністю комплексу факторів ризику розвитку психосоматичних розладів. Їм пропонується пройти корекційні програми за допомогою засобів КПТ з метою зниження емоційної напруги.

4. Корекційна програма групового тренінгу з метою зниження факторів ризику розвитку психосоматичних захворювань серцево-судинної системи була розроблена за допомогою засобів КПТ на основі курсу «Самодопомога плюс» (ВООЗ) і складалась з 5 занять.

В індивідуальній роботі корекційні програми розроблені під кожного з п'яти респондентів і спрямовані на роботу з автоматичними негативними думками. Проведено по одній індивідуальній консультації з кожним.

5. У ході аналізу теоретико-методологічних засад застосування КПТ як засобу впливу на психічний стан особистості встановлено, що ключовою ідеєю когнітивної терапії є виявлення негативних автоматичних думок і деструктивних когнітивних схем, які спотворюють сприйняття подій і зумовлюють деструктивну емоційну реакцію і поведінку. Завданням КПТ – терапії є їх подальша трансформація у більш реалістичні та адаптивні переконання.

На сучасному етапі КПТ має потужну доказову базу й визнається у світі однією з найефективніших форм психотерапії, що вирізняється проблемно-орієнтованим підходом, фокусом на теперішньому моменті та відносною короткотривалістю терапії.

Здійснено аналіз методологічних підходів до розробки програм корекції психосоматичних розладів. Визначальним в них є зміна викривлених оцінок подій, як чинника виникнення цих розладів. Цей підхід є основою більшості психокорекційних технік КПТ.

За підсумками отриманих даних у формуальному експерименті проведена оцінка ефективності розроблених корекційних програм за допомогою методу математичної статистики - розрахунку t-критерію Стьюдента для залежних вибірок.

В результаті корекційного впливу вдалось отримати статистично значимі зміни по зниженню таких факторів ризику виникнення психосоматичних розладів, як нейротизм, особиста тривожність, поведінкова активність. Але значимі позитивні зміни показали респонденти з високим рівнем загального психологічного благополуччя. Сам показник загального психологічного благополуччя значимо збільшився, але на мінімальному рівні.

Відзначено, що респонденти із зниженими показниками загального психологічного благополуччя за таким видом впливу показують менші

позитивні зміни, або не мають їх взагалі. Корекційна робота над покращенням показників загального стану психологічного благополуччя, вочевидь, повинна бути розрахована на більш тривалий період. Вона повинна враховувати вікові особливості жінок зрілого віку і розроблятися індивідуально для кожної, виходячи з конкретної ситуації.

Таким чином, доведено ефективність корекційного впливу за допомогою засобів КПТ в тренінгової групі, з жінками з факторами ризику психосоматичних розладів за умови високих показників стану психологічного благополуччя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Афанасьєва Н. Є. Теоретико-методологічні основи соціально-психологічного тренінгу: навч. посіб. Нац. ун-т цивіл. захисту України. Харків: ХНАДУ, 2015. 315 с.
2. Афузова Г. В. Психологічні особливості матерів дітей з психосоматичними розладами *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2013. Вип. 24. С. 278 - 282.
3. Бандура А. Теорія соціального навчання. Пер. з англ. Київ: Академвидав, 2017. 348 с.
4. Бондаренко О. І. Основи когнітивно-поведінкової терапії. Київ: Центр навчальної літератури, 2017. 250 с.
5. Бондар Т. І. Емоційно-фокусована КПТ у роботі з депресією. Харків: Основа, 2020. 175 с.
6. Бурлачук Л. Ф. Дослідження особистості в психосоматиці. Київ, 2014. 176 с.
7. Ван Дер Колк Б. Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому. Харків: Віват, 2025. 624 с.
8. Ватсон Дж. Психологія з точки зору біхевіориста. Пер. з англ. Київ: Наукова думка, 2015. 240 с.
9. Вайнс Е., Коломийчук М. КПТ у роботі з тривожними розладами. Харків: Психея, 2020. 180 с.
10. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Д. Вступ в когнітивно-поведінкову терапію. Львів: Свічадо, 2014. 51 с.
11. Вікова психологія: навч. посіб. / Сергеєнкова О. П. та ін. Київ: Центр учбової літератури, 2012. 376 с.
12. Вітенко І. С. Зміни психіки при соматичних розладах – актуальна проблема медичної психології. *Практична психологія та соціальна робота*. 2000. №4. С. 31–32.

13. Волошко Н. І. Психологічна культура здоров'я: навч.-метод. посіб. Київ: Наук. світ. 2008. 163 с.
14. Волков В. В. Основи психокорекції в контексті КПТ. Тернопіль: Мандрівець, 2018. 230 с.
15. Воронов М. Психосоматика: Практичне керівництво. Київ: Ніка Центр, 2012. 256 с.
16. Всесвітня організація охорони здоров'я. Самодопомога Плюс: Груповий курс управління стресом для дорослих. узагальнена версія 1.0 для апробації в польових умовах, 2021 р. Серія психологічних втручань низької інтенсивності, № 5. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2022. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
17. Всесвітня організація охорони здоров'я. Важливі навички в періоди стресу: Ілюстрований посібник. Копенгаген: Європейський регіональний офіс ВООЗ. 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/339150>).
18. Громов М. С. Практика КПТ у психотерапевтичній роботі. Одеса: ОНУ, 2019. 180 с.
19. Грубі Т. В. Резильєнтність як запорука збереження психічного здоров'я особистості. Освіта України в умовах воєнного стану: управління, цифровізація, євроінтеграційні аспекти: збірник тез доповідей IV Міжнародної науково–практичної конференції. Київ : ДНУ «Інститут освітньої аналітики». 2022. С.227–230.
20. Гудков В. І. Когнітивно-поведінкові техніки у роботі з фобіями. Київ: Центр медичної книги, 2017. 170 с.
21. Гулевич О. В. Психотерапевтична робота з тривогою та депресією. Київ: КМУ, 2017. 120 с.
22. Демченко Н. М. Робота з депресією за методом КПТ. Одеса: Фенікс, 2021. 175 с.
23. Добсон К. С. Когнітивна терапія: основи та застосування. Київ: Дух і Літера, 2014. 320 с.
24. Дубова І. М. Практичний посібник з КПТ для студентів. Київ:

Педагогічна думка, 2018. 140 с.

25. Елліс А. Як жити з тривогою. Пер. з англ. Київ: Наш Формат, 2018. 280 с.
26. Епіктет. Роздуми переклад І. Іваненко. Київ : Вид-во «Філософія», 2020. С. 45.
27. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
28. Зубенко О. І. Когнітивні методи у практиці психолога. Київ: Логос, 2020. 195 с.
29. Карсканова С.В. Опитувальник «Шкали психологічного благополуччя» К. Ріфф: процес та результати адаптації. *Практична психологія та соціальна робота, №1(142)*, 2011. с. 1 – 9.
30. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання. монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.
31. Когнітивна терапія депресії / А. Бек та ін. Київ: Книга+, 2016. 320 с.
32. Кокур О.М. Психофізіологія: навч. посіб. Київ: Центр навчальної літератури, 2006. 184 с.
33. Коляденко С. І., Сердюк В. Г. Когнітивно-поведінковий підхід у сучасній психотерапії. Одеса: Фенікс, 2015. 200 с.
34. Корнієнко О. В. Підтримання психосоматичного здоров'я практично здорових людей : навч. посібник. Київ : вид. центр "Київський університет", 2000. 126 с.
35. Коцур П. В. Основи КПТ для початківців. Львів: Калейдоскоп, 2020. 180 с.
36. Кочарян О. С., Федосєєв В. А., Завгородня Н. І.. Основи психосоматики: навч. посіб. Харків : Нац. аерокосм. ун-т ім. М. Є. Жуковського «Харків. авіац. ін-т», 2017. 112 с.

37. Кочюнас Р. Психологічне консультування й групова психотерапія К. : Академічний Проект Гаудеамус, 2005. 464 с.
38. Крайнюк В. М. Психологічний аналіз понять емоційної, психологічної стресостійкості. *Вісник Харківського університету*. Харків: 2014. № 617. С. 96-100.
39. Крайнюк В. М. Психологічний комфорт як умова психічного здоров'я особистості. *Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України*. Київ: 2011. Т. III, ч. 2. С. 137-142.
40. Литвиненко О. Д. Психосоматичний підхід до проблем психологічного здоров'я особистості. *Науковий вісник державного Херсонського університету*. 2016. №4. С. 52 – 57.
41. Лунченко Н. П., Коваль А. І. Психологічна допомога за методом КПТ. Тернопіль: Мандрівець, 2021. 150 с.
42. Мельник С. В. Когнітивно-поведінковий аналіз у клінічній психології. Київ: Наукова думка, 2018. 210 с.
43. Меннінг Д., Ріджуей Н. Практика когнітивно-поведінкової терапії. Робочі листи та роздаткові матеріали для практикуючих фахівців КПТ та їхніх клієнтів. Київ: «Науковий світ», 2022. 174 с.
44. Мозгова Г. П., Ханецька Т. І., Якимчук О. І. Психосоматика : психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія : навчальний посібник. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. 383 с.
45. Москаленко О.В. Психологічна резильєнтність як умова підтримки психологічного здоров'я особистості. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*, № 2. 2014.
46. Назаренко Л. І. Робота з нав'язливими думками: посібник КПТ. Харків: Психея, 2021. 150 с.
47. Наказна І. М. Психосоматика : навч. посіб. Ніжин, 2010. 132 с.
48. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

49. Наугольник Л. Б. Індивідуальні особливості поведінкової активності керівників ОВС у стресових умовах. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2014. №2 С. 45 – 55
50. Наугольник Л. Б. Психологічні особливості індивідуальних відмінностей в реагуванні на стрес / *Збірник наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції: «Актуальні питання сучасних педагогічних та психологічних наук»*). Одеса: ГО «Південна фундація педагогіки», 2014. 108 с. С. 27–30.
51. Напрєєнко О. К. Клінічна психіатрія. Київ: Здоров'я, 2001. 584 с.
52. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. 540 с.
53. Павелків Р. В. Вікова психологія. Київ : Кондор, 2011. 469 с.
54. Павленко Ю. В. Терапія емоційних розладів за методом КПТ. Київ: Знання, 2018. 170 с.
55. Пінькасевич М. І. Основи психотерапії: Когнітивно-поведінковий підхід. Івано-Франківськ: Лілея-НВ, 2017. 190 с.
56. Пірогов А. П., Лисак М. О. Методика КПТ для практичних психологів. Львів: Світ, 2016. 200 с.
57. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / за заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. 2-ге видання, виправлене і доповнене. Київ: Видавничий дім Медкнига, 2019. 112 с.
58. Психологія життєвої кризи / за ред. Т.М. Титаренко. Київ: 1998. 254 с.
59. Психологу для роботи. Діагностичні методики: збірник/ уклад. Лемак М.В., Петрище В.Ю. Вид. 2-е випр. Ужгород: вид-во О. Гаркуші, 2012. 616 с.
60. Савчин М.В. Вікова психологія: навч. посібник. Київ: "Академвидав", 2005. 360 с.

61. Сафін О. С. Поведінкові техніки в психотерапії. Львів: Світ, 2019. 220 с.
62. Старшенбаум Г. В. Психосоматика і психотерапія: зцілення душі і тіла. К. : Вид-во Інституту психотерапії, 2015. 489 с.
63. Столяренко О. Б. Психологія особистості: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2012. 280 с.
64. Тараненко О. В. Основи КПТ у роботі з травмою. Харків: Освіта, 2019. 160 с.
65. Титаренко Т. М. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя: монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. 160 с.
66. Ушакова І.М. Вікова психологія: курс лекцій. Харків: НУЦЗУ, 2016. 123 с.
67. Фрадинська А. Стрес як чинник психосоматичних захворювань людини. *Збірник Національної академії державної прикордонної служби України*. 2016. №1(3). С. 229 – 239.
68. Харченко Д. М. Психологічні фактори впливу на розвиток психосоматичних розладів: навч. посіб. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2015. 250 с.
69. Харченко Д. М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень : навчальний посібник Київ : Видавничий Дім «Слово», 2015. – 280 с.
70. Харченко Д. М. Комплексний підхід у дослідженні психосоматичних розладів. *Актуальні проблеми психології*. 2012. Т. 1, вип. 35. С. 154 – 157.
71. Хаустова О.О., Чабан О.С. Практична психосоматика : депресія. Київ : Медкнига, 2020. 216 с.
72. Хаустова О.О., Чабан О.С. Практична психосоматика : тривога. Київ : Медкнига, 2022. 144 с.

73. Хаустова О.О. Сучасні уявлення про психосоматичну медицину / *Психічне здоров'я*. 2017. № 4 (53) С. 5-11.
74. Хомуленко Т. Б. Основи психосоматики: навч. - метод. посіб. Вінниця: Нова книга., 2009. С. 120.
75. Хомуленко Т. Б. Аналіз тілесного симптому як психосоматичного феномену. Харків : ХНПУ им. Г. С. Сковороди, 2011. 41 с.
76. Хомуленко Т. Б. та ін. Психосоматика : культурно-історичний підхід. Харків : вид-во «Диса плюс», 2015. 264 с.
77. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція. Модульно-рейтинговий курс: навчальний посібник. Київ: ВД «Професіонал», 2005. 656 с.
78. Чабан О., Хаустова О. Психосоматична медицина. Аспекти діагностики та лікування. Київ : Медкнига, 2004. 96 с.
79. Червинська О. М. Дослідження психологічних чинників психосоматичних розладів особистості. *Молодий вчений*. 2015, №2 (17). С. 445 – 451.
80. Чиксентмігаї М. Потік. Психологія оптимального досвіду. Харків: КСД, 2017. 368 с.
81. Шелег Л. С. Класифікація концепцій та основні ознаки психосоматичних розладів. *Актуальні проблеми психології Т 12. Психологія творчості*. 2015, № 21. С. 313 – 321.
82. Яіцька К. А., Селюкова Т. В. Вікові особливості емпатії та самооцінки. Інноваційні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження. *Додаток до журналу «Медичні дослідження»*. Харків, 2014. С. 166–168.
83. Яценко Т. С. Теорія і практика групової психокорекції Київ: Вища школа, 2014. 679 с.

Додаток А**Особистісний опитувальник визначення типу темпераменту****Г.Айзенка**

Складається з 57 питань:

1. Чи часто ви відчуваєте потребу в нових враженнях, бажання багато що змінити довкола себе?
2. Чи часто вам потрібна підтримка надійного друга, готового допомогти, підбадьорити чи заспокоїти?
3. Ви вважаєте себе людиною безтурботною?
4. Чи відчуваєте ви труднощі, коли треба відповісти "ні"?
5. Перед тим як щось зробити, чи обмірковуєте можливі наслідки, кінцевий результат?
6. Якщо пообіцяли щось зробити, чи завжди дотримуєте слова?
7. Чи часто у вас змінюється настрій?
8. Звичайно ви говорите і дієте швидко, не замислюючись?
9. Чи часто відчуваєте себе пригніченим, розчарованим без будь-яких на це причин?
10. Чи можете зробити будь-що, побившись об заклад?
11. Чи відчуваєте сором'язливість та збентеження, коли намагаєтеся заговорити з незнайомою симпатичною людиною протилежної статі?
12. Чи втрачаєте часом самовладання?
13. Чи часто здійснюєте вчинки під впливом миттєвого настрою?
14. Чи часто відчуваєте муки сумління через те, що сказали або зробили щось таке, чого не слід було б говорити чи робити?
15. Чи надаєте перевагу читанню книг, газет та журналів перед зустрічами з людьми?
16. Вас легко образити?
17. Чи подобається вам часто бувати у компаніях?
18. Чи маєте думки, які не хотіли б відкривати іншим?

Продовження Додатку А

19. Чи правда, що іноді все "горить" у вас у руках, а іноді настають нудьга та смуток?
20. Ви хочете мати друзів небагато, але дуже близьких та відданих?
21. Ви мрійник?
22. Якщо на вас кричать, то чи відповідаєте тим же?
23. Часто відчуваєте свою провину?
24. Чи всі ваші звички та захоплення вам подобаються?
25. Чи здатні ви дати волю своїм почуттям та весело провести час у компанії?
26. Ви людина, яка легко збуджується?
27. Люди, які вас знають, вважають, що ви людина компанійська?
28. Коли ви зробили щось важливе, то чи не замислювалися, що могли б зробити це краще?
29. Вважаєте за краще менше говорити, коли перебуваєте у товаристві інших людей?
30. Чи любите ви пліткувати?
31. Чи буває у вас безсоння через різні думки?
32. Відповідь на питання, яке вас цікавить, шукатимете у книжці?
33. Чи відчуваєте ви часом посилене серцебиття?
34. Вам подобається робота, яка потребує зосередженості?
35. Чи відчуваєте іноді відчуття тремтіння?
36. Коли ви знаєте, що контролю в автобусі не буде, чи обов'язково сплатите за свій проїзд?
37. Ви байдуже ставитеся до кепкувань над собою?
38. Ви дратівливі?
39. Чи подобається вам виконувати роботу у високому темпі?
40. Чи хвилюють вас думки про неприємності, які можуть трапитися?
41. Ви любите ходити і все робити повільно?
42. Ви дозволяєте собі інколи запізнюватися?

Продовження Додатку А

43. Чи часто вам доводиться бачити страшні сни?
44. Ви любите розмовляти навіть з незнайомою людиною?
45. Ви страждаєте, коли вам болить?
46. Чи пригнічують вас неприємні почуття, коли тривалий час позбавлені можливості спілкуватися з людьми?
47. Чи вважаєте ви себе людиною нервовою?
48. Чи є серед ваших знайомих люди, які вам дуже не подобаються?
49. Ви дуже впевнена у собі людина?
50. Вас легко образити, якщо вказати на недоліки?
51. Ви згодні з тим, що від вечірки отримати справжнє задоволення важко?
52. Чи дошкуляють вам думки, що ви чимось гірший за інших?
53. Чи здатні ви внести пожвавлення в нудну компанію?
54. Чи буває, що ви говорите про те, чого не розумієте?
55. Вас хвилює здоров'я?
56. Ви часто кепкуєте з інших?
57. Ви страждаєте від безсоння?

Інструкція: пропонується набір спеціально підготовлених нескладних запитань, на кожне з яких треба чесно та відверто відповісти "так" або "ні".

За допомогою ключа розраховуються результати за шкалами неправди, екстраверсії – інтроверсії, нейротизму.

Шкали	№ відповіді
Шкала неправди	Відповідь «так» - 6, 24, 36 Відповідь «ні» - 12, 18, 30, 42, 48, 54
Екстраверсія - інтроверсія	Сума відповідей «так» - 1,3, 8,10,13,17,22, 25,27,39, 44, 46, 49, 53, 56 Сума відповідей «ні» - 5, 15,20,29, 32,34,37,41,51.
Нейротизм	Сума відповідей «так» - 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57.

Продовження Додатку А

Шкала неправди показує рівень достовірності відповідей. Показники екстраверсії – інтроверсії, нейротизму відкладають на осі координат, де показник екстраверсії відкладають на горизонтальній лінії, а показник нейротизму - на вертикальній. За положенням відкладених балів визначається тип темпераменту. Високий рівень нейротизму (вище 12) і інтроверсія (меланхолики) являються факторами ризику психосоматичних проявів розладів серцево-судинної системи.



Додаток Б**Шкала тривожності Спілбергера**

Складається із двох підшкал: ситуативна і особиста тривожність. Кожна шкала має по 20 питань в кожній. В кожному питанні 4 варіанти відповіді в діапазоні від «ніколи» до «майже завжди».

Інструкція: прочитайте уважно кожне з наведених нижче речень і оберіть варіант відповіді у відповідній графі справа залежно від того, як ви себе відчуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних і неправильних відповідей немає.

Підшкала ситуативної тривожності включає 20 наступних питань:

1. Я спокійний.
2. Мені ніщо не загрожує.
3. Я перебуваю в напруженні.
4. Я внутрішньо скутий.
5. Я відчуваю себе вільно.
6. Я засмучений.
7. Мене хвилюють можливі невдачі.
8. Я відчуваю душевний спокій.
9. Я стривожений.
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення.
11. Я впевнений в собі.
12. Я нервуюсь.
13. Я не знаходжу собі місця.
14. Я напружений.
15. Я не відчуваю скутості, напруження.
16. Я задоволений.
17. Я стурбований.
18. Я дуже збуджений і мені не по собі.
19. Мені радісно.
20. Мені приємно.

Продовження Додатку Б

Підшкала особистої тривожності включає 20 наступних питань:

21. У мене буває піднесений настрій.
22. Я буваю дратівливим.
23. Я легко впадаю в розпач.
24. Я хотів би бути таким щасливим, як і інші.
25. Я тяжко переживаю неприємності і довго не можу про них забути.
26. Я відчуваю прилив сил і бажання працювати.
27. Я спокійний, урівноважений та зібраний.
28. Мене турбують можливі труднощі.
29. Я дуже переживаю через дрібниці.
30. Я буваю цілком щасливий.
31. Я все приймаю близько до серця.
32. Мені не вистачає впевненості у собі.
33. Я відчуваю себе беззахисним.
34. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів.
35. У мене буває хандра.
36. Я буваю задоволений.
37. Усілякі дрібниці відволікають і хвилюють мене.
38. Буває, що я відчуваю себе невдахою.
39. Я врівноважена людина.
40. Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи.

Підсумковий показник по **кожній зі шкал** може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим вищий підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності. Орієнтовні оцінки показників тривожності: до 30 балів – низька; від 31 до 44 помірна; від 45 і більше висока тривожність.

Додаток В

Методика діагностики поведінкової активності

Л. І. Вассермана і Н. В. Гуменюк (скорочена версія)

Складається з 30 питань, відповіді на які оцінюються в діапазоні від 1 («ніколи») до 5 («завжди») балів.

1. Я завжди серджуся або дратуюсь, якщо доводиться стояти в черзі більше 15 хвилин.
2. Я вирішую одночасно кілька проблем.
3. Протягом дня мені важко знайти час, щоб відпочити та розслабитись
4. Я дратуюсь чи нервуюся, коли хтось говорить надто повільно
5. Я завжди намагаюся перемогти у спорті чи грі
6. Програючи, серджусь на себе чи інших
7. Мені важко зробити собі деякі речі
8. Я набагато краще працюю в цейтноті чи під тиском
9. Я дивлюсь на годинник, якщо просто сиджу чи не зайнятий справою
10. Я приношу роботу додому
11. Я відчуваю приплив енергії та збудження після перебування у напрузі
12. Я відчуваю, що маю взяти на себе керівництво групою, щоб змусити справу рухатися
13. Я швидко їм, щоб якнайшвидше повернутися до роботи
14. Я все роблю швидко незалежно від того, є у мене час чи ні
15. Я перериваю людей, якщо вважаю, що вони не праві
16. Я незговірливий і впертий, коли справа стосується змін на роботі
17. Коли я нервуюсь, мені хочеться рухатися, щоб розслабитись
18. Я їм швидше оточуючих
19. На роботі мені необхідно виконувати кілька завдань одночасно, щоб відчувати свою продуктивність
20. Я не використовую відпустку повністю
21. Я знаходжу себе дуже прискіпливим і дріб'язковим
22. Мене дратують люди, які не працюють так само старанно, як я
23. Мені здається, що мій день наповнений не до кінця
24. Я проводжу багато часу, думаючи про роботу
25. Я легко втрачаю інтерес до чогось
26. Під час вікендів я або працюю, або планую роботу
27. Я сперечаюся з людьми, які думають не так як я
28. Зіткнувшись із проблемою, я завжди гублюся
29. Я втручаюсь у чужу розмову, щоб прискорити події
30. Я серйозно ставлюся до всього, що роблю

Продовження Додатку В

Підсумовується загальна кількість набраних балів. Якщо набране до 75 балів – це говорить про належність до типу «Б». Це реальне сприйняття життя, раціональне відношення до складнощів і проблем життя.

Результати від 76 до 99 балів – належність до типу «АБ», до більшості людей, у яких поєднуються риси обох типів. Це здатність відпочивати та зберігати спокій, не надто схильність до агресії чи надмірного суперництва. Водночас у певних ситуаціях - серйозне ставлення до справ, проявляння активності, цілеспрямованості і прагнення швидких результатів.

Набрана сума балів 100 і більше – належність до типу «А». Тип «А» характеризується нетерплячістю, постійною напругою, схильністю до гніву, конфліктності, суперництва й агресії. Такі люди швидко говорять, нетерпляче слухають, відчують нестачу часу та прагнуть успіху. Вони перебувають у стані хронічної внутрішньої боротьби, що виснажує організм. Поведінка типу «А» відображає внутрішню тривогу й незадоволені потреби, що спричиняють емоційний стрес і фізіологічні зміни, через які ці люди частіше зазнають серцево-судинних захворювань.

Додаток Г

Шкала психологічного благополуччя Керол Рифф

Складається з 6 підшкाल з 7 питаннями в кожній. Кожне твердження оцінюється від 1 («повністю не згоден») до 6 («повністю згоден»). Використано варіант із 42 тверджень. Деякі твердження оцінюються за зворотнім кодуванням (обернені питання (-): 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1)).

1. Самоприйняття

1. Я поважаю себе, попри всі свої недоліки.
2. У цілому я задоволений собою.
3. Мені важко прийняти деякі аспекти своєї особистості. (-)
4. Я визнаю помилки, але не дозволяю їм впливати на мою самооцінку.
5. Я почуваюся комфортно з тим, хто я є.
6. У мене є риси, які я ніколи не зможу прийняти. (-)
7. Я сприймаю себе як хорошу людину.

2. Позитивні стосунки з іншими

8. Я відчуваю, що маю глибокі, змістовні стосунки.
9. Я відчуваю себе самотнім. (-)
10. Інші люди в моєму житті дійсно розуміють мене.
11. Я вмію підтримувати дружні стосунки.
12. Я маю складнощі у створенні тісних зв'язків. (-)
13. Люди звертаються до мене за підтримкою.
14. Мені комфортно в близьких емоційних стосунках.

3. Автономія

15. Я дотримуюся своїх поглядів, навіть якщо вони непопулярні.
16. Мене легко переконати змінити думку. (-)
17. Я приймаю рішення самостійно.
18. Я часто покладаюся на думку інших при виборі. (-)
19. Я контролюю своє життя незалежно від обставин.
20. Я почуваюся вільним у виборі свого шляху.
21. Інші часто впливають на те, що я роблю. (-)

Продовження Додатку Г**4. Опанування середовищем**

- 22. Я добре справляюся з повсякденними справами.
- 23. Мені не вистачає контролю над важливими сферами життя. (–)
- 24. Я вмію пристосовуватися до змін.
- 25. Я ефективно використовую свої ресурси.
- 26. Часто почуваюся безпорадним. (–)
- 27. Я досягаю бажаного, навіть у складних обставинах.
- 28. Я впливаю на те, що відбувається навколо мене.

5. Мета в житті

- 29. Я знаю, чого хочу досягти в житті.
- 30. Моє життя має чіткий сенс.
- 31. Іноді мені здається, що життя безцільне. (–)
- 32. У мене є важливі життєві цілі.
- 33. Я щодня дію з відчуттям сенсу.
- 34. У майбутньому я бачу зміст і перспективу.
- 35. Я рідко відчуваю натхнення щодо свого життя. (–)

6. Особистісне зростання

- 36. Я відкритий до нового досвіду.
- 37. Я рідко розвиваю нові навички. (–)
- 38. Я відчуваю, що з роками стаю мудрішим.
- 39. Я навчаюся на своєму досвіді.
- 40. Моє життя – це шлях розвитку.
- 41. Я намагаюся зрозуміти себе глибше.
- 42. Я давно не відчував змін у собі. (–)

Розраховуються індекс загального психологічного благополуччя і сума балів за кожною шкалою. Високі показники за шкалою свідчать про високий рівень стану психологічного благополуччя, а низькі - можуть означати наявність труднощів, зокрема з самооцінкою, пошуком життєвого сенсу або побудовою гармонійних стосунків з іншими.

Додаток Д.

Зведена таблиця
результатів опитування в процесі констатувального експерименту

№ респондента	Нейротизм	Інтроверсія	Екстраверсія	Тривожність		Тип поведінки			Наявність симптомів серцево-суд. захворювань	Стан психологічного благополуччя							Наявність ризику
				ситуативна	особиста	«А»	«АБ»	«Б»		самосприйняття	позитивні стосунки з іншими	автономія	опанування середовищем	мета в житті	особистісне зростання	середня кількість балів	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	20		12	58	56		87		-	29	29	25	35	31	37	31	+
2	12		15	56	50		87		-	41	40	34	38	41	42	39	
3	17	10		54	58		75		-	25	29	23	21	13	36	25	+
4	17	11		56	53		76		Іноді підвищ. арт.тиску	32	34	29	29	22	26	29	+
5	8	8		50	46		88		-	37	22	38	32	22	42	34	
6	9	7		58	57		82		-	33	41	39	36	39	41	38	
7	17	8		53	64	110			-	23	26	23	23	13	18	21	+
8	20		16	56	64	104			-	30	31	25	33	29	31	30	
9	11		18	50	44			65	Іноді підвищ. арт.тиску	30	36	34	34	40	41	36	
10	12	11		55	48		78		Підвищ. арт.тиск	38	37	37	38	39	41	38	+

Продовж.табл. Додаток Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
11	19		13	55	58		91		Іноді підвищ. арт.тиску	13	26	23	24	12	19	20	
12	21		17	58	58		88		Іноді підвищ. арт.тиску	28	24	28	24	24	27	26	
13	12		13	56	51		85		-	35	35	36	34	33	35	35	
14	14	11		51	52		79		Іноді підвищ. арт.тиску	33	36	27	33	36	33	33	+
15	13		13	57	52		81		-	29	33	28	29	33	32	31	
16	10	7		58	49			68	-	39	33	39	30	33	40	36	
17	10		17	51	49		81		-	35	42	36	37	39	34	37	
18	10		15	52	49			72	-	36	31	32	33	34	35	34	
19	13	11		53	55			61	-	32	36	33	37	35	34	35	+
20	1	10		50	49			73	-	34	40	34	37	33	37	36	
21	14	3		48	58		78		-	34	24	35	31	7	20	25	+
22	14	3		55	55		81		Іноді підвищ. арт.тиску	33	36	36	34	40	35	36	
23	10	9		52	50		82		-	35	40	26	30	36	34	34	
24	19	8		50	62		82		-	24	20	16	18	15	23	19	+
25	15		14	52	54			69	-	40	35	25	32	31	37	33	
26	17		13	50	53		93		-	21	29	34	25	15	36	27	
27	14		16	52	55			57	-	25	34	29	30	39	25	30	
28	14	10		51	45		87		-	37	35	29	31	35	37	34	+
29	15		16	53	48		84		-	31	30	27	30	28	31	32	
30	11		12	52	53		80		-	27	31	29	29	39	32	31	

Додаток Е.

Результати опитувань
до і після проходження корекційних програм по показникам рівню
психологічного благополуччя

№ респ.	Самосприйняття		Позитивні стосунки з іншими		Автономія		Опанування середовищем		Мета в житті		Особистісне зростання		Індекс загального психологічного благополуччя		
	до	після	до	після	до	після	до	після	до	після	до	після	до	після	різниця (d)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	29	37	29	37	25	24	35	36	31	36	37	39	186	209	-23
2	41	41	40	40	34	34	38	38	41	41	42	42	236	236	0
3	25	26	29	26	23	20	21	21	13	21	36	33	147	147	0
4	32	39	34	39	29	31	29	34	22	22	26	28	172	193	-21
5	37	37	22	22	38	38	32	32	22	22	42	42	193	193	0
6	33	33	41	41	39	39	36	36	39	39	41	41	229	229	0
7	23	25	26	28	23	24	23	23	13	22	18	20	126	142	-16
8	30	30	31	31	25	25	33	33	29	29	31	31	179	179	0
9	30	30	36	36	34	34	34	34	40	40	41	41	215	215	0
10	38	38	37	41	37	39	38	39	39	41	41	42	230	240	-10
11	13	13	26	26	23	23	24	24	12	12	19	19	117	117	0
12	28	28	24	24	28	28	24	24	24	24	27	27	155	155	0

Продовж. табл. Додаток Е

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
13	35	35	35	35	36	36	34	34	33	33	35	35	208	208	0
14	33	33	36	36	27	27	33	33	36	36	33	33	198	198	0
15	29	29	33	33	28	28	29	29	33	33	32	32	184	184	0
16	39	39	33	33	39	39	30	30	33	33	40	40	214	214	0
17	35	35	42	42	36	36	37	37	39	39	34	34	223	223	0
18	36	36	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	201	201	0
19	32	35	36	36	33	34	37	37	35	38	34	39	207	219	-12
20	34	34	40	40	34	34	37	37	33	33	37	37	215	215	0
21	34	35	24	21	35	33	31	26	7	7	20	24	151	146	5
22	33	29	36	33	36	34	34	33	40	42	35	35	214	206	8
23	35	35	40	40	26	26	30	30	36	36	34	34	201	201	0
24	24	24	20	20	16	16	18	18	15	15	23	23	116	116	0
25	40	40	35	35	25	25	32	32	31	31	37	37	200	200	0
26	21	21	29	29	34	34	25	25	15	15	36	36	160	160	0
27	25	25	34	34	29	29	30	30	39	39	25	25	182	182	0
28	37	37	35	35	29	29	31	31	35	35	37	37	204	204	0
29	31	31	30	30	27	27	30	30	28	28	31	31	177	177	0
30	27	27	31	31	29	29	29	29	39	39	32	32	187	187	0