

Хмельницький національний університет
Гуманітарно-педагогічний факультет
Кафедра психології та педагогіки

ДИПЛОМНА РОБОТА

Другий (магістерський)

Освітній рівень

Галузь знань - 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність - 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

на тему: «ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У
СТУДЕНТСЬКОМУ ВІЦІ»

Шифр ДРМ _____

Виконала: студентка II курсу, група ППМз-19-1 _____ К.П.Бондарчук

Підпис

Ініціали, прізвище

Керівник: доктор філософських наук, професор _____ В.І.Афанасенко

Підпис

Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки

доктор психологічних наук, професор

_____ Є. М. Потапчук

Підпис

Ініціали, прізвище

_____ 2021 р.

Хмельницький 2021

АНОТАЦІЯ ДИПЛОМНОЇ РОБОТИ

Тема дипломної роботи: «ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТСЬКОМУ ВІЦІ»

Бондарчук Катерина Петрівна

Дипломна робота включає: 85 сторінок, 2 таблиці, 13 рисунків, перелік джерел посилання складає 55 найменувань.

Ключові слова: психосоматика, розлади, особистість, тривожність, стрес, саморегуляція.

Об'єктом дослідження є психологічні особливості студентів, що призводять до соматичних захворювань .

Предметом дослідження сутність психосоматичних станів особистості

За результатами дослідження розроблено і апробовано програму тренінгу саморегуляції психоемоційної напруги для студентів.

Практичне значення дослідження виявляється в можливості застосування в підготовці майбутніх фахівців психологічної сфери розробленого нами тренінгу з формування готовності студентів-психологів до використання інформаційних технологій в майбутній професійній діяльності та рекомендацій викладачам закладів вищої освіти щодо покращення готовності студентів до використання інформаційних технологій в майбутній професійній діяльності.

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасна ситуація у світі засвідчила критичність у існуванні людської цивілізації уже в сенсі того, що людина втрачає опору свого буття, не має сили протистояти панічному страху від ризиків, загроз і тиску глобальних небезпек, пов'язаних із пандемією, загостренням соціально-економічних, політичних, екологічних ситуацій. Складність сучасного стану України загострюється хронікою воєнних подій на Сході. За таких умов гострий, і хронічний стрес, що негативно впливає на психологічний стан, а за тим і на стан їхнього фізичного здоров'я, набуває загального характеру. Емоційне життя сучасної людини визначає частота та інтенсивність емоційних навантажень, цьому сприяє низка умов: стрімка зміна соціального та фізичного середовища, прискорення темпів життя і підвищення його вартості, соціальні та екологічні катаклізми. Результатом є критичне накопичення страху, тривоги, безпорадності, туги і відчаю. Емоції людини спочатку покликані мобілізувати захист організму, пригнічуються і можуть стати причиною руйнівних процесів в організмі.

З античних часів емоційний стан людини пов'язують із тілесними порушеннями і захворюваннями. Холістичний підхід до пізнання світу мислителів і дослідників давнини ґрунтувало розуміння неподільності тілесного і психічного. Кожен орган був описаний в тісному зв'язку з відповідною йому емоцією. Хвороба органу впливає на емоційний стан людини, невідреаговані почуття зумовлюють захворювання органу – це постулати концепції єдиного організму, де симптоми можуть мати особистісний сенс.

Патофізіолог Ганс Сельє вивчав природу стресових станів, встановив, що стрес буває умовно позитивним (еустресс) або умовно негативним (дистресс). При зіткненні з труднощами, організм реагує на них одним з двох способів: активно (боротьба) або пасивно (втеча від труднощів, спроба їх перетерпіти). Причому якщо перша реакція допомагає організму адаптуватися до постійно мінливих умов і ритму життя, то друга найчастіше веде до витрати внутрішніх ресурсів, нездужань і захворювань.

Взаємозв'язок психічних і соматичних процесів на основі розуміння природної цілісності людини у сучасні дослідження входить як психосоматика. Психосоматика дає можливість зрозуміти причини деяких захворювань і соматичних реакцій людини.

В основі психосоматичних захворювань лежать внутрішні конфлікти, які не завжди легко зрозуміти. Людина з самого дитинства може виправдовувати чужі очікування замість того, щоб домагатися власних цілей. В результаті внутрішня рівновагу втрачається - стає складно проявляти себе, накопичуються невиражені емоції, росте внутрішнє напруження. Організму потрібно все більше сил, і навіть незначний стрес може спровокувати порушення

Наукового висвітлення психосоматичні явища набули у працях Ф. Александера, О. Лоуена, В. Райха, М. Фельденкрайза, Г. Сельє, М. Сандомирського, С. Кулакова, Н. Пезешкіана. З 80-90 рр. ХХ ст. почали широко проводити психологічні дослідження в царині соматичної медицини А. Лурія, Б. Зейгарнік, Г. Калашнікова, М. Орлова, О. Прокоф'єва, М. Коркіна, В. Ніколаєва та ін. Проблему взаємозв'язку соматичних функцій і психічних процесів досліджували як фізіологи (І. Сеченов, В. Бехтерев, П. Анохін, Н. Бехтерева, Ю. Александров та інші), так і психологи (В. Вундт, Б. Теплов, В. Небиліцин, О. Леонт'єв, П. Сімонов та багато інших). Доцільно відзначити, що науково обґрунтованими є загальні позиції психосоматики і в наш час розгортаються наукові розвідки проблем життєдіяльності людини, пов'язаних із порушенням психосоматичного балансу.

Студентське життя наповнене різноманітними емоційними переживаннями. З особливостями юнацького віку пов'язані пікові емоційні переживання, які не зважаючи на валентність емоції призводять до зниження життєздатності організму та відчуття стресу. Ризики захворювання через довготривалий стрес актуалізує необхідність наукового дослідження проблеми психологічних впливів на здоров'я особистості.

На думку Гордона Брайдена, «виживає не найсильніший, не найрозумніший, а той, хто краще за всіх відгукується на зміни, що відбуваються». Навколишній світ змінюється дуже швидко. Активність

студентського життя, труднощі навчання зумовлюють постійне напруження, затрати сил і енергії на адаптацію. Психосоматика створює порочне коло: хвороба підсилює відчуття безпорадності, а безпорадність провокує розвиток або загострення хвороби.

Обрана тема є **актуальною** для сучасного техногенного світу, адже питання негативного впливу стресу на здоров'я людини недостатньо висвітлено у працях вітчизняних науковців, хоча наразі є пріоритетним не тільки в медицині, а й в освіті, оскільки рівень розумової продуктивності студентів залежить від психоемоційного стану.

Об'єктом дослідження є психологічні особливості студентів, що призводять до соматичних захворювань .

Предметом дослідження сутність психосоматичних станів особистості

Метою дослідження є вивчення впливу навчального процесу на емоційний стан студентів та взаємозв'язок індукованого емоційного стресу із виникненням соматичних захворювань.

Відповідно до мети дослідження були визначені наступні його **завдання**:

1. Проаналізувати науково - теоретичні підходи до розуміння проблеми взаємозв'язку психічних і соматичних процесів, причини їх виникнення та характеристик.

2. Виявити особливості психологічних чинників психосоматичних захворювань у студентському віці.

3. Провести емпіричні дослідження рівня психоемоційної тривожності студентів та проаналізувати взаємозв'язок її із появою соматичних захворювань.

4. Дослідити індивідуально-психологічні особливості студентів із захворюваннями серцево-судинної системи

5. Розробити програму тренінгу саморегуляції психоемоційної напруги для студентів

Практичне значення дослідження виявляється в можливості застосування в підготовці майбутніх фахівців психологічної сфери розробленого нами тренінгу з формування готовності студентів-психологів до

використання інформаційних технологій в майбутній професійній діяльності та рекомендацій викладачам закладів вищої освіти щодо покращення готовності студентів до використання інформаційних технологій в майбутній професійній діяльності.

Експериментальна база дослідження. Дослідно-експериментальна робота проводилась на базі Хмельницького національного університету. У ній взяли участь 74 студенти-психологів віком 18-20 років.

Апробація результатів дослідження відбувалась шляхом публікації статті на тему: «Психологічні чинники соматичних розладів» в збірнику матеріалів Всеукраїнської науково-теоретичної інтернет-конференції «Актуальні проблеми безпеки життєдіяльності» (24 листопада 2021 року в м. Миколаїв).

Структура роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, переліку джерел посилання (70 найменувань) та двох додатків. Загальний обсяг дипломної роботи – 88 сторінок тексту (основна частина – 66 сторінок).

РОЗДІЛ 1 НАУКОВО - ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ВИНИКНЕННЯ СОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

1.1 Культурно – історичний характер становлення проблеми психоемоційного характеру соматичних захворювань

Сучасне розуміння тісного взаємозв'язку самопочуття людини з її, емоційним станом є з найважливіших у сучасній медицині та медичної психології. В наш час визнається, що в походженні, перебігу, лікуванні та наслідках практично всіх захворювань відіграють важливу роль психологічні чинники, У зв'язку з цим зараз все ширше впроваджується психосоматичний напрямок в психології та медицині, який займається вивченням психологічних механізмів і чинників виникнення і перебігу захворювань, пошуком зв'язків між характером психічного стресового чинника і поразкою певних органів і систем. За оцінкою представників психосоматичної медицини, близько 50% всіх органічних захворювань в індустріально розвинених країнах мають психогенний характер. Психосоматика (грец. *psyche* – душа, *soma* – тіло) – напрям у медицині та психології, що займається вивченням впливу психологічних (переважно психогенних) чинників на виникнення і подальшу динаміку соматичних захворювань. Відповідно до основного постулату цієї науки, в основі психосоматичного захворювання лежить реакція на емоційне переживання, що супроводжується функціональними змінами і патологічними порушеннями в органах [5].

Історично до медицини як системи лікувального мистецтва (походить від словосполучення лат. *ars medicina* — «лікувальне мистецтво», «мистецтво зцілення» і має той самий корінь, що й дієслово лат. *medeor* — «зцілюю».) підходили з позицій єдності душі (*ψυχή*) і тіла («σῶμα»). Ідеї зв'язку тілесного та психічного були висловлені Платоном, підтверджені Галеном: античні дослідники помітили, що сильне емоційне хвилювання може призвести до розладів тілесних функцій і розглядали розлад як фізичну реакцію на стресову ситуацію. Безпосередньо прабатьком психосоматики вважають

римського філософа Цицерона, який доводив можливість розвитку соматичного захворювання під впливом психогенних, емоційних факторів [18]. Гіпократ тлумачив хворобу як порушення взаємовідносин між суб'єктом і світом. Власне йому й належить постулат про те, що лікувати потрібно не хворобу, а хворого, і що лікар зобов'язаний знати й враховувати індивідуальні особливості пацієнта (його поведінку, мову і навіть... мовчання) [16,с.4-11].

У 1818 р. німецький лікар з Лейпцига Х.А. Хайнрот ввів термін «психосоматичний», назвавши так соматичні зміни, виникнення яких пов'язане з психоемоційними порушеннями в організмі людини [21,с.70]. Хайнрот вважав: «Причини безсоння зазвичай психічно-соматичні, однак, кожна життєва сфера може сама по собі бути достатньою їй підставою». У 1822 р. німецький психіатр К.М. Якобі ввів поняття «соматопсихічний» як протилежне і в той же час, доповнює по відношенню до «психосоматичного». У загальноприйнятій лікарській лексикон термін «психосоматика» увійшов лише через століття.

Термін «психосоматичний» остаточно прижився в медицині завдяки віденським психоаналітикам (De-utsch, 1953), і з цього часу психосоматична медицина позначилася як «прикладний психоаналіз в медицині». М. Дойч, емігрувавши в сорокові роки в США, разом з колегами Ф. Е. Данбар, Ф. Г.Александром і ін. Викликав інтерес до психосоматичних проблем, і вже до кінця 50-х років в американській науковій літературі було опубліковано близько 5000 статей про соматичну медицину очима психологів. Серед тих, хто розвивав цей напрям, слід назвати таких відомих аналітиків, як А. Адлер, Л. Сонді.

Вихідним пунктом психосоматики вважаються вперше проаналізовані З. Фрейдом конверсійні симптоми. Ціна, яку людина сплачує за те, що не може витримати своїх негативних емоцій, внутрішніх конфліктів, полягає в тому, що емоція витісняється зі свідомої сфери і заміщується органічним симптомом, що проявляється порушенням функції якогось органу. Звідси вислів «конверсійна істерія». У розумінні Фрейда, завдяки конверсії неприємне уявлення, інтер- або інтрапсихічний конфлікт стає нешкідливим, тому що його «сума збудження»

переводиться в соматичну сферу. Симптом зв'язує психічну енергію і залишає нестерпне уявлення неусвідомленим, і вдруге призводить до посилення лібідозного заміщення і, таким чином, має характер як задоволення, так і покарання. З. Фрейд завжди відстоював свою позицію, згідно з якою необхідна «соматична готовність»[3; 7].

Психосоматичні проблеми ще до формулювання основних понять психосоматики вивчав фізіолог І.Павлов при розробці методу експериментального неврозу. У своїх роботах усіяко доводив можливість виникнення тілесних недуг під впливом психічних змін В. Бехтерев.

У 1935 році Френдерс Данбер описала різні прояви особистісних профілів при соматичних захворюваннях. Науковець вивчала, як особливості патогенезу хвороби визначають структуру особистості. У ході вивчення довела, що до появи симптомів серцево-судинних захворювань схильні цілеспрямовані, старанні люди, які багато й фанатично працюють і не спонтанно, а постійно контролюють свою поведінку. При цьому їм притаманне почуття провини і схильність до самокатування. Люди з подібною типовою поведінкою, як правило, жертви нещасних випадків.

В контексті психоаналітичної концепції досліджував психодинамічні неусвідомлені конфліктні ситуації при різних соматичних захворюваннях Ф. Александер. Ним було вперше показано, що симптоми соматичних захворювань можуть мати значення символічне і представляти собою несвідомий вираз пацієнтом внутрішньоособистісних конфліктів. Він запропонував ввести термін «вегетативний невроз», симптоми якого є не спробою вираження пригніченого почуття, а фізіологічним супроводом певних емоційних станів (викликаних зокрема внутрішніми *конфліктами*). Ф. Александер стверджував, що специфічність клінічних проявів слід шукати в конфліктній ситуації, тому основну увагу приділяв питанню емоційної специфічності вегетативних неврозів. Він вважав, що зрив вегетативних функцій пов'язаний з емоційним станом у певних *конфліктних* ситуаціях. На його думку, для такого захворювання, як виразкова хвороба 12-перстої кишки, загальною характеристикою повинна бути типова *неусвідомлена конфліктна*

ситуація, котра розвивається у різних осіб і потім може набувати домінуючого значення в їхньому житті. У ситуаціях, котрі переживалися потенційними хворими в ранньому дитинстві (втрата турботи й уваги, забезпечення їжею), несвідома потреба в любові та за необхідності – бути нагодованим може зміщуватися. Витіснена під впливом «супер-Я» потреба в емоційній прихильності мобілізує шлункову секрецію [7].

А. Мічерліх ввів модель «двошелонної лінії оборони». Для цього він розробив модель розвитку психосоматичного процесу: спершу людина намагається впоратися з конфліктною ситуацією, яка викликає у неї стресовий стан, що несе загрозу її існуванню на психосоціальному рівні, за допомогою виключно психічних елементів. Якщо ж перша «лінія оборони» не спрацьовує, підключається захист другого рівня – соматизація, яка згодом призведе до структурних змін в організмі людини. У своєму становленні психосоматика пройшла ряд етапів, на кожному з яких домінувала та чи інша теоретична концепція.

Алекситимія (грец. а – заперечна частка, *lexis* – слово і *thymos* – настрій) – хворобливий стан людини, якому властивий низький розвиток емоційних і пізнавальних процесів [6]. Термін «алекситимія» був введений П. Сіфнеосом для позначення провідного психологічного розладу, що лежить, на його думку, в основі психосоматичних захворювань – обмеженої здатності індивіда до сприйняття власних почуттів та емоцій, їх адекватної вербалізації і експресивної передачі. Вважалося, що алекситимія є вродженою стабільною властивістю психіки.

Розроблений віденським лікарем-невропатологом Зигмундом Фройдом метод психоаналізу виник у результаті модифікації методу лікування істерії, запропонованого лікарем І. Брейєром, з яким Фройд співпрацював впродовж кількох років. Цей метод ґрунтувався на феномені катарсису (очищення душі), що представляє собою звільнення пацієнта від хворобливих симптомів у процесі відтворення ним у стані гіпнозу переживань, які в минулому мали травмуючий вплив на його психіку. Згодом Фройд відмовився від гіпнозу, замінивши його методом «вільних асоціацій». Суть його полягала у довільному

викладі пацієнтом своїх думок, що дозволяє терапевту встановити зв'язки між минулими патогенними ситуаціями і пов'язаними з ними переживаннями, витісненими у сферу несвідомого. Згідно з його уявленнями, основним видом психотравмуючих афектів, що витісняються у несвідоме, є сексуальні переживання, пов'язані з періодом дитинства. Травматичні для психіки переживання виникають внаслідок внутрішнього конфлікту через несумісність сексуальних бажань дитини з етичними нормами та ідеалами соціуму. Будучи витісненими і видаленими зі свідомості, заборонені бажання не зникають безслідно, а, залишаючись у несвідомому, чекають на сприятливий випадок, щоб у завуальованій формі знову заявити про себе. Тимчасове вирішення внутрішніх конфліктів обертається постійними терзаннями особистості, яка не усвідомлює справжніх причин своїх страждань, що часто призводить до виникнення психічних розладів. Метод психоаналітичного лікування полягав у тому, щоб, подолавши психологічний опір хворого, перевести витіснений патогенний матеріал у свідомість пацієнта і цим допомогти йому вирішити внутрішні конфлікти шляхом свідомого оволодіння своїми бажаннями. Технічними засобами психоаналізу є виявлення та аналіз патогенного матеріалу, одержуваного в процесі тлумачення сновидінь, вивчення помилкових дій (обмовок, описок), розшифрування змісту несвідомого та оволодіння переносом почуттів пацієнта на лікаря сприяло психотерапевтичним цілям.

У фундаментальній праці З. Фрейда «Тлумачення сновидінь», викладено основні ідеї психоаналізу. З часом психоаналіз як метод лікування перетворився на загальне вчення про людину і культуру, а потім і в широкомасштабний ідейний рух, що отримав назву фрейдизму.

Епохальні відкриття З. Фрейда в області глибинної психології залучили групу блискучих мислителів і дослідників, але через складність та новизну предмета, а також через незалежність суджень кращих учнів З. Фрейда в психоаналітичному русі з'явилося безліч розбіжностей. Один з найвідоміших «відступників» – австрійський психіатр В. Райх. Внесок його в психотерапію має величезне значення для психосоматики. Його система з самого початку

мала на увазі лікування неврозів з біофізичних позицій і містила фізіологічні елементи. Кращий з неорайхіанських підходів – біоенергетика О. Лоуена, що поєднує в собі психотерапію, пряме мануальне втручання і велику кількість вправ. Терапевтичні завдання Лоуена були ширші, ніж поставлені В. Райхом. У числі інших неорайхіанських підходів – «коренева напруга» Д. О. Келлі. Для цієї групи методик характерний яскраво виражений психотерапевтичний компонент.

Ідеї А. Адлера, родоначальника індивідуальної психології, зробили сильний вплив на дослідження в клінічній та індивідуальній психології. Головна думка його психології – уявлення про те, що людина є єдиний і самоузгоджуваний організм. Ще на самому початку своєї кар'єри, співпрацюючи з З. Фрейдом, А. Адлер опублікував монографію «Дослідження неповноцінності органу та його психічної компенсації». У цій роботі він розвинув теорію про те, чому одне захворювання турбує людину більше, ніж інше, і чому одні ділянки тіла хвороба вражає скоріше інших. Він припустив, що у кожного суб'єкта якісь органи слабше інших, що робить його більш сприйнятливим до захворювань даного роду. А. Адлер вважав, що у кожної людини відбувається захворювання саме того органу, який був менш розвинений, менш успішно функціонував і був «неповноцінним» від народження. А люди з вираженою слабкістю органів прагнуть компенсувати їх шляхом тренування і вправ. Ідея А. Адлера полягала в тому, що цей процес компенсації має місце в психічній сфері – не тільки компенсація недостатності органу, а й поява суб'єктивного почуття неповноцінності, що розвивається з відчуття психологічного чи соціального безсилля [13].

Біхевіоральна терапія заснована на експериментальних принципах і методах науково-біхевіоральної теорії. Передумова, що лежить в основі застосування цієї терапії на практиці, включаючи і психосоматику, така – розлади придбано в результаті помилкового минулого навчання. Саморуйнівна і патологічна поведінка є результатом впливу оточення, яке підкріплює і зміцнює його. Отже, завдання, яке стоїть перед біхевіоральним терапевтом – точне визначення симптому (невідповідної поведінки), від якого потрібно

позбутися, уточнити бажану нову поведінку і визначити режими підкріплення, що вимагаються для формування нової поведінки. Таким чином, біхевіоральна терапія є логічним розширенням принципів класичного і оперантного обумовлення.

Можна відзначити також метод біологічного зворотного зв'язку. В його основі лежить принцип доцільного саморегулювання мимовільних функцій з використанням систем зовнішнього зворотного зв'язку. Метод прийшов з біхевіорального напрямку і застосовується, наприклад, при лікуванні різних видів головного болю, при лікуванні хворих на епілепсію. Однак, терапевтичний ефект методу вважається досить скромним. Ймовірні механізми впливу такі: ефект плацебо, ефект загальної релаксації, пізнавальний ефект переживання, самонавіювання, підвищення самооцінки пацієнтів. Його рекомендують застосовувати в поєднанні з іншими медичними та психотерапевтичними методами.

В кінці 60-х років М. Селігман описав дивну особливість поведінки людини в ситуації, коли досить тривалий час оточуюча його дійсність змінюється поза всякою залежністю від його поведінки. Якщо заохочення і покарання відбуваються як би самі собою, незалежно від дій людини, то вона перестає робити які-небудь спроби уникнути неприємностей, або ж досягнути успіху.

М. Селігман зробив висновок про те, що досвід неконтрольованих наслідків призводить до зниження бажання і прагнення запобігти важким ситуаціям або активно опановувати ними. Причому відповідальні за виникнення цього не стільки неприємні або хворобливі переживання самі по собі, скільки досвід їх неконтрольованості. М. Селігман довів, що людина вчиться цій безпорадності і можливо від безпорадності відучити.

Теорія стресу Г. Сельє. Стрес – це стан психофізіологічного напруження, що виникає під впливом будь-яких сильних впливів і супроводжується мобілізацією захисних систем організму і психіки. Поняття «стрес» введено в 1936 р. канадським фізіологом Г. Сельє. Різняться еустрес – нормальний стрес, слугує цілям збереження і підтримання життя, і дистрес – патологічний стрес,

що виявляється в хворобливих симптомах. У повсякденній свідомості закріпилося в основному друге уявлення про стрес. Таким чином, стрес – це напружений стан організму, тобто неспецифічна відповідь організму на пред'явлену йому вимогу (стресову ситуацію). Під впливом стресу організм людини відчуває стресову напругу. Стрес можуть викликати і особистісні фактори [9].

Основне «тіло» стресу складають сукупність фрустрацій, тривоги і їх взаємозв'язок. Серед ознак стресової напруги виділяються: неможливість зосередитися; часті помилки в роботі; погіршення пам'яті; часте виникнення почуття втоми; швидка мова; думки часто «випаровуються»; досить часто з'являються болі (голова, спина, область шлунка); підвищена збудливість; робота не приносить колишньої радості; втрата почуття гумору; різке зростання кількості вичурених сигарет; пристрасть до алкогольних напоїв; постійне відчуття недоїдання або зникнення апетиту; неможливість вчасно закінчити роботу [8].

Подразники підвищеної інтенсивності або такі, що виникають в надмірній кількості, можуть викликати дистрес і спричинити соматичне захворювання, деформації психіки і навіть загибель. Здатність реагувати на інтенсивні зовнішні подразники визначається індивідуально-психологічними особливостями конкретної особистості: психофізіологічною конституцією, чутливістю до впливів (сензитивністю), особливостями мотиваційної і емоційно-вольової сфери. Щоб зовнішні впливи не викликали дистрес, необхідне формування в особистості таких якостей, як самоконтроль, дисциплінованість, прагнення до подолання перешкод.

Гештальттерапія в психосоматиці. Ф. С. Перлз, засновник гештальттерапії, підкреслював значимість тілесних аспектів особистості і був проти їхнього поділу, вказуючи на початкову цілісність людської природи. Перлс розглядав виникнення і задоволення потреб як ритм формування та завершення гештальтів. Функціонування мотиваційної сфери здійснюється за принципом саморегуляції організму. Для збереження гармонії людині потрібно лише довіритися «мудрості тіла», прислухатися до потреб організму і не

заважати їх реалізації. Шлях гармонійної, здорової особистості – бути самим собою, здійснювати своє Я, реалізовувати свої потреби, нахили та здібності.

У гештальттерапії прийнято виділяти 3 зони контакту зі світом: внутрішню, утворену відчуттями від власного тіла, зовнішню – відчуття і усвідомлення властивостей навколишньої дійсності і середню – зону уяви і фантазії, а також численних уявних ігор. Догляд і контакт не є самі по собі як щось здорове або хворобливе. Ф.С. Перлз говорив, що контакт із середовищем і відхід з нього, прийняття і відкидання – найбільш важливі риси здорової і цілісної особистості. Але коли здатність до розрізнення, підтримання правильного ритму відмовляє, виникають невротичні і, можливо, психосоматичні порушення [15].

У вітчизняних дослідженнях патогенетичного впливу психічних чинників на соматичний стан людини основна увага приділяється проблемі ятрогенних захворювань. Наразі поняття «ятрогенні захворювання» набуло значно ширшого змісту. Доведено, що наявність тяжких «значущих переживань» не обов'язково призведе до соматичних порушень. З'являться чи не з'являться соматичні зміни в організмі значною мірою залежить від таких властивостей особистості, як «сила Я» і «психологічний захист». На ці феномени особистості вперше звернули увагу в психоаналізі. Під «психологічним захистом» Ф.В. Бассін розуміє специфічне перетворення системи психологічних установок, що виникає слідом за психічною травмою, та спрямоване на нейтралізацію тяжких емоційних переживань, у результаті чого наслідки психічної травми тією чи іншою мірою втрачають значущість для суб'єкта, а разом з тим і свій патогенний вплив. Відзначено, що активність психологічних захисних механізмів має бути пов'язана з функціями несвідомого [2, с.11-12].

Психологічні чинники грають роль і при інших захворюваннях: мігрени, ендокринних розладах, злоякісних новоутвореннях. Однак слід відрізнити справжні психосоматози, виникнення яких визначається психічними факторами і лікування яких має бути спрямоване перш за все на їх усунення і корекцію (психотерапія і психофармакологія) і інші захворювання, включаючи інфекційні, на динаміку яких психічні та поведінкові фактори впливають,

змінюючи неспецифічну резистентність (опірність) організму, які при цьому не є першопричиною їх виникнення [3].

Психосоматичний напрямок не є самостійною медичною дисципліною – це підхід, що враховує різноманіття причин. По мірі еволюції людини поступово порушувався універсальний механізм пристосування її психіки до навколишнього середовища. Разом зі зміною психології людини і середовища її проживання виявлялися нові і чисельно збільшувалися наявні психологічні симптоми і синдроми. В ході еволюції людина придбала властиві їй як біологічному виду силу, гнучкість, рухливість, здатність до терморегуляції, певні характеристики органів чуттів. Стародавні інстинктивні програми поведінки людини допомагали протистояти голоду, холоду, нападу ворогів і хижаків. У міру розвитку людської історії змінювалися навантаження, від яких немає програм генетичного захисту, і тепер пристосування до середовища залежить від психічних можливостей людини у багато разів більше, ніж від сили її м'язів, міцності кісток і сухожилів, швидкості бігу. Небезпечною стала не зброя ворога, а слово. Емоції людини, спочатку покликані мобілізувати організм на захист, тепер частіше придушуються, перестають визнаватися їх господарем і можуть стати причиною руйнівних процесів в організмі.

Психосоматичний підхід починається тоді, коли пацієнт перестає бути тільки носієм хворого органу і розглядається цілісно. Тоді психосоматичний напрямок можна розглядати і як можливість «зцілення» від деперсоналізованої медицини [5].

За сучасними уявленнями, до психосоматичних захворювань і розладів відносять:

1. Конверсійні симптоми (conversion – звернення, перехід з одного стану в інший). Невротичний конфлікт отримує вторинну соматичну відповідь і переробку. Симптом має символічний характер, демонстрація симптомів може розумітися як спроба вирішення конфлікту. Конверсійні прояви зачіпають в більшій частині довільну моторику і органи чуття. Прикладами є істеричні паралічі і парестезії, психогенна сліпота і глухота, блювота, больові феномени.

2. Функціональні синдроми. У цій групі знаходиться переважна частина «проблемних пацієнтів», які приходять на прийом із строкатою картиною часто невизначених скарг, які можуть зачіпати серцево-судинну систему, шлунково-кишковий тракт, руховий апарат, органи дихання або сечостатеву систему. Ф. Г.Александр описав ці тілесні прояви як супроводжуючі ознаки емоційної напруги без характерних рис і позначив їх органічними неврозами.

3. Психосоматози – психосоматичні хвороби в більш вузькому сенсі. В основі їх – первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановлюваними змінами і патологічними порушеннями в органах. Відповідна схильність може впливати на вибір органу. Захворювання, пов'язані з змінами в органах, прийнято називати істинними психосоматичними хворобами, або психосоматозами. Спочатку виділяли 7 психосоматозів: бронхіальна астма, виразковий коліт, есенціальна гіпертензія, нейродерміт, ревматоїдний артрит, виразка дванадцятипалої кишки, гіпертиреоз. Пізніше цей список розширився – до психосоматичних розладів відносять рак, інфекційні та інші захворювання.

В даний час психосоматика є міждисциплінарним науковим напрямом:

- вона служить лікуванню захворювань і, отже, знаходиться в рамках медицини;
- досліджуючи вплив емоцій на фізіологічні процеси, вона є предметом дослідження фізіології;
- як галузь психології вона досліджує поведінкові реакції, пов'язані із захворюваннями, психологічні механізми, що впливають на фізіологічні функції;
- як розділ психотерапії вона шукає способи зміни деструктивних для організму способів емоційного реагування та поведінки;
- як соціальна наука вона досліджує поширеність психосоматичних розладів, їх зв'язок з культурними традиціями та умовами життя.

Теоретичний аналіз проблеми психосоматичних відносин дозволив указати на детермінуючі ланки впливу психічних чинників на соматичну сферу

людини, важливість залучення психологічних категорій для пояснення проблеми та шляхи подальшого дослідження.

Аналіз наявної науко-психологічної літератури із проблеми психосоматичних розладів дозволяє підсумувати, що в основі психосоматичного захворювання лежить реакція на емоційне переживання, що супроводжується функціональними змінами і патологічними порушеннями у фізичних органах. Психосоматичний напрямок не є самостійною медичною дисципліною – це підхід, що враховує різноманіття причин.

1.1. Механізми розвитку психосоматичних захворювань

Тривалий час проблема психосоматичних розладів розроблялася в основному послідовниками З. Фрейда, які пропонували психогенетичні трактування цих станів, ґрунтуючись на психоаналітичній концепції. Останнім часом ці завдання все частіше вирішуються з психосоматичної позиції. Поняття «психосоматичні розлади» слід використовувати для тих розладів функцій органів і систем, в походженні і перебігу яких провідна роль належить впливу психотравмуючих чинників (накопиченню негативних емоцій). Ці розлади є хворобами адаптації (цивілізації). Їх нерідко називають також стрес-залежними, що підкреслює важливу роль в їх походженні психосоціальних впливів. Патогенез психосоматичних розладів надзвичайно складний і визначається:

- спадковою і вродженою обтяженістю соматичними порушеннями і дефектами;
- спадковою схильністю до психосоматичних розладів;
- нейродинамічними зрушеннями (порушеннями діяльності ЦНС);
- особистісними особливостями;
- психічним і фізичним станом під час дії психотравмуючих подій;
- фоном несприятливих сімейних і інших соціальних факторів;
- особливостями психотравмуючих подій.

Перераховані фактори не тільки беруть участь в походженні психосоматичних розладів, але і роблять індивіда вразливим до психоемоційних стресів, ускладнюють психологічний та біологічний захист, полегшують виникнення і обтяжують перебіг соматичних порушень.

Історія сучасної психосоматичної медицини починається с психоаналітичної концепції З. Фрейда, який спільно з Й. Брєером довів, що «подавлена емоція», «психічна травма» шляхом «конверсії» можуть проявлятися соматичними симптомами. З. Фрейд вказував, що необхідна «соматична готовність» – фізичний фактор, який має значення для «вибору органу».

Емоційна реакція, що виражається у формі туги і постійної тривоги, нейро-вегетативно-ендокринних змін і характерному відчутті страху, є сполучною ланкою між психологічною та соматичною сферами. Повний розвиток почуття страху відвернено захисними фізіологічними механізмами, але зазвичай вони лише зменшують, а не усувають повністю ці фізіологічні явища і їх патогенну дію.

При наявності емоційного переживання, яке не блокується психологічним захистом, а соматизується, вражає відповідну йому систему органів, функціональний етап ураження переростає в деструктивно-морфологічні зміни в соматичній системі, відбувається генералізація психосоматичного захворювання. Таким чином, психічний фактор виступає як пошкоджуючий.

Таким чином, в сучасному розумінні причин виникнення психосоматичних захворювань визнається багатофакторність в поясненні їх природи. Соматичне і психічне, вплив схильності і середовища, фактичний стан навколишнього середовища і його суб'єктивна переробка, фізіологічні, психічні та соціальні впливи в їх сукупності і взаємодоповненні – все це має значення як взаємодіючі між собою фактори психосоматичних захворювань.

Ідея психологічного конфлікту як основи психосоматичних розладів отримала розвиток в рамках психодинамічного напряму в психології. Клініко-психологічний аналіз явищ гіпнозу та істерії, що проводився в другій половині XIX ст. з метою вивчення механізмів соматичних змін під впливом

психологічних впливів, привів до припущення про можливість безпосереднього відображення в клінічному синдромі психологічного змісту, неусвідомлюваного всередині особистісного (емоційного) конфлікту, що спровокував розвиток захворювання.

Згідно з концепцією З. Фрейда, в тих випадках, коли емоції виключаються з поля свідомості і таким чином позбавляються адекватної розрядки, вони стають джерелом хронічної напруги і можуть породжувати істеричні симптоми. Енергія недозволеного емоційного конфлікту «перекладається» в тілесну сферу і викликає розвиток конверсійних симптомів, що символічно виражають пригнічені, витіснені в несвідоме неприємні почуття. Однак викликана афектом енергетична напруга нікуди не дівається і звертається в хворобливий симптом. Витіснений емоційний (внутрішньо особистісний) конфлікт стає енергетичним резервуаром, підживлюючи хворобу. Демонстровані соматичні страждання залучають до пацієнта увагу і співчуття оточуючих, що полегшує його душевні муки і зменшує пов'язану з психотравмуючою ситуацією афективну напругу.

Концепція конверсії З. Фрейда досить наочно пояснює виникнення симптомів при істерії, але не стосується причин виникнення реальних соматичних порушень при психічних перевантаженнях [12].

Ф. Х. Данбар в 1935 р. опублікувала результати дослідження про зв'язок соматичних розладів з певними типами емоційних реакцій, до яких вважають за краще вдаватися люди з тими чи іншими характерологічними рисами. Вона звернула увагу на вкоріненість в особистості схильності до реагування на психологічний конфлікт конкретним соматичним розладом. У 1948 р. Ф. Х. Данбар закінчила розробку концепції особистісних профілів, в якій стверджувала, що емоційні реакції на проблемні життєві ситуації є похідними від структури особистості хворого. З цієї тези випливало припущення, що кожне соматичне захворювання, що розвилось внаслідок неопрацьованого психологічного конфлікту, пов'язано з цілком певним набором характерологічних рис і моделей міжособистісної взаємодії. Нею були виділені

коронарний, гіпертонічний, алергічний і схильний до пошкоджень типи особистості.

У дослідженнях Ф. Х. Данбар була продемонстрована роль психологічних факторів розвитку психосоматичних розладів, однак, її теорія не давала відповіді на основне питання, яким чином несвідомий внутрішньоособистісний конфлікт запускає чи підтримує захворювання [14].

Ф. Г. Александер запропонував теорію специфічного психодинамічного конфлікту, вважаючи, що кожному емоційному стану притаманний певний тип вегетативних порушень і хвороб. Вегетативний невроз – це фізіологічна реакція внутрішніх органів на постійні або періодично виникаючі емоційні стани. Таким чином, симптоми вегетативного неврозу не є виразом придушеного почуття, а фізіологічним супроводом певних емоційних станів.

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

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

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

Ф. Г. Александер зазначає, що багато хронічних розладів викликаються емоційними конфліктами, які виникають в процесі щоденного існування в результаті контакту з зовнішнім світом, через складність соціального життя. Психосоматичний підхід до проблем життя і хвороби здійснює синтез внутрішніх фізіологічних процесів і соціальних взаємозв'язків індивіда. Ретельний аналіз життя пацієнта може розкрити джерела ранніх функціональних розладів, перш ніж розлад функції призведе до помітним змін [11].

А.Ф. Радченко виділяє наступні джерела хвороби:

1. Внутрішній конфлікт, тобто конфлікт частин особистості, свідомого і несвідомого в людині, єдиноборство між якими призводить до руйнівної «перемоги» однієї з них над іншою. Обидві ці частини, як чаші терезів, домінують поперемінно, конфліктуючи між собою.

2. Мотивація, або умовна вигода. Це дуже серйозна причина, тому що часто симптом несе вигоду для пацієнта.

3. Ефект навіювання іншою особою. Відомо, що часто діти починають демонструвати поведінку, відповідну навіяним негативним установкам, яка автоматично переходить у доросле життя, навіть якщо потім вона раціонально переробляється.

4. «Елемент мови органів». Хвороба може стати фізичним втіленням фрази. Найчастіше людина сама програмує себе на хворобу. Такі слова як: «серце болить за ...; це у мене в печінках сидить; я не можу винести це; мене від цього нудить; не перетравлюється; язик не повертається; голова йде обертом; задихаюся від ...; вмираю від ...»сприймаються на підсвідомому рівні як команди і можуть перетворитися на реальні симптоми.

5. Ідентифікація, спроба бути схожим на когось, на ідеал. Але, постійно імітуючи іншого, людина нібито усувається від власного тіла. Живучи весь час в чужій «аурі», вона в кінцевому підсумку починає від цього страждати.

6. Самопокарання. Якщо людина робить непорядний зі своєї точки зору вчинок, вона іноді несвідомо піддає себе покаранню. Самопокарання – дуже поширена причина багатьох травм і соматичних порушень.

7. Болісний, травматичний досвід минулого. Часто це бувають психічні травми раннього дитинства [2].

Часто у психосоматичних пацієнтів виявляється вкрай низькою здатність висловлювати свої переживання, конфліктні змісту, відчуття. Їх словниковий запас для цих цілей так само бідний, як і внутрішня здатність диференціювати свої почуття. Не ідентифіковані почуття викликають фізіологічне напруження, яке призводить до зміни на соматичному рівні. На зміну можливості чуттєво переробляти реальність приходять ригідне слідування соціальним нормам і правилам.

Досить часто небажання погодитися з вимогами суспільного життя або нездатність справлятися з труднощами змушує людей несвідомо шукати притулку в хвороби або інвалідності. Перехід у хворобу найчастіше є своєрідним компромісом, на який людина йде, намагаючись зберегти баланс між шкалами цінностей і небезпек.

Хвороба при цьому стає способом адаптації, при якому людині вдається зберегти рівновагу у взаємодії зі світом. У 1959 р. Д. Енджел запропонував концепцію «больової особистості», або теорію «пацієнта, схильного до болю». Відзначивши високу частоту психотравмуючих подій в анамнезі хворих з хронічними болями, Енджел позначив цим терміном людину з незадоволеними біосоціальними потребами, для якого хронічні болі представляють «вторинну вигоду», дозволяючи ці потреби реалізувати. Відмінною особистісною особливістю таких пацієнтів іноді вважають так звану «мазохістську самозневагу» у вигляді багаторічної саморуйнуючої поведінки, продиктованої прагненням догодити всім вимогам оточуючих на шкоду самому собі [7].

А.М. Васютін позначає 4 варіанти отримання вторинної вигоди при психосоматозах:

1. «Меч проти інших». Людина в цьому випадку за допомогою нападу хвороби або карає тих людей, від кого вона залежить, або ж протестує проти їхньої поведінки. Вона часто змушує страждати інших, хоча при цьому сама страждає набагато більше.

2. «Меч проти себе». Цей варіант часто проявляється тоді, коли людина сама звинувачує себе за будь-якою вчинок, який їй ніяк не можна було здійснювати з міркувань власної моралі. І напад є самопокаранням за допомогою хвороби.

3. «Щит проти інших». В цьому випадку напад (і взагалі хвороба як явище) дає людині можливість звільнитися від необхідності робити те, що їй робити дуже не хочеться.

4. «Щит проти себе». У цьому випадку хвороба використовується в якості обмежувача власних бажань, які можуть привести до вчинків, несумісних зі шкалою цінностей особистості [1].

І.Г. Малкіна-Пих виділяє п'ять основних областей причин і сенсів хвороби. Будь-яка хвороба:

- «дає дозвіл» уникнути неприємної ситуації або розв'язання складної проблеми;
- надає можливість отримати турботу, любов, увагу оточуючих;
- «дарує» умови для того, щоб переорієнтувати енергію або переглянути своє розуміння ситуації;
- надає стимул для переоцінки себе як особистості або зміни звичних стереотипів поведінки;
- «скасовує» необхідність відповідати тим високим вимогам, які висувають оточуючі [5].

Таким чином, незважаючи на те, що хвороба означає страждання і біль, вона часто допомагає вирішувати деякі проблеми, що постають перед людиною.

У сучасному суспільстві втрата сенсу життя є потужним фактором, що запускає механізм психосоматичних розладів. Проблеми втрати людьми сенсу життя розглядав В.Франкл. Згідно з його поглядами, прагнення до пошуку і реалізації сенсу життя є вродженою мотиваційною тенденцією, яка є основним двигуном поведінки і розвитку особистості. Відсутність сенсу життя призводить до стану, який він називав екзистенційним вакуумом, що приводить до розвитку специфічних ноогенних неврозів. Крах надій, відчуття безглуздість власного існування породжують безвихідну нудьгу, невротичні порушення (неврози нав'язливих станів, невроз вихідного дня, невроз безробіття), страхи, фобії, порушення в сексуальній сфері, соматичні розлади. Як правило, втрата сенсу життя відбувається при сильних психотравмуючих подіях: участь у військових діях, перенесені втрати, загибель близьких.

Людина, що знаходиться в гармонійних відносинах зі своїм середовищем, може перенести екстремальні соматичні та психічні навантаження, уникнувши хвороби. Проте в житті зустрічаються особистісні проблеми, які викликають настільки обтяжливу фіксацію і душевний розлад, що в певних життєвих ситуаціях призводять до негативних емоцій і невпевненості в собі. Саме в

складних ситуаціях психосоматично обтяжені пацієнти проявляють емоційну пригніченість, не можуть правильно оцінити і описати свій стан.

Зазвичай у походженні та в перебігу всіх захворювань мають місце психогенні компоненти. Емоційні переживання впливають на будову організму через гормональну, імунну системи, а також через вегетативну нервову систему. Норман Казінс підкреслює, що психічний настрій і ставлення пацієнта до хвороби визначають її перебіг, і ілюструє це прикладами. Так, захист організму від інфекції значною мірою залежить від механізмів гуморального та клітинного імунітету. Психічний стан може впливати на ці механізми, і це експериментально підтверджено. Проба Манту полягає в наступному: підшкірно вводять туберкулін (препарат, який отримується з культур бактерій туберкульозу), щоб визначити можливу реакцію організму на туберкульозну інфекцію. Встановлено, що гіпнотичне навіювання може «стерти» прояв проби Манту на шкірі. Це є вагомим доказом впливу психічного стану на фізичний. Реакція організму на пробу Манту належить до типу реакцій, який вчені назвали «клітинним імунітетом». Оскільки ця форма імунної реакції відіграє істотну роль у підвищенні опірності організму таким серйозним інфекційним захворюванням, як туберкульоз (і, можливо, рак), є всі підстави вважати, що стан психіки пацієнта може впливати на перебіг хвороби.

Давно відомо, що емоційний стан впливає на секрецію певних гормонів, наприклад гормонів щитовидної залози та надниркових залоз. Нещодавно було виявлено, що гіпофіз виділяє невідомі досі хімічно пов'язані гормони, які отримали назву ендорфінів. Деякі з них діють як наркотичні препарати, що притупляють або знімають біль, — блокуються не тільки механізми болю, але також гальмується емоційна реакція на біль, і, отже, людина має менше страждань. Тому природно припустити, що психічний настрій може впливати на виділення ендорфінів, як і у випадку з іншими гормонами.

Будь-яке психосоматичне захворювання є властивістю людського організму як системи. Воно не походить окремо ні з психічних, ні з фізіологічних (включаючи спадковість) якостей індивіда, їх неможливо пояснити шляхом дослідження властивостей якоїсь однієї підсистеми —

психічної чи соматичної. Лише взаємодія цих підсистем та навколишнього середовища можуть призвести до нового стану організму, який визначається як психосоматичне захворювання. І лише чітке розуміння цих зв'язків дає можливість ефективно впливати на захворювання, що виникло, в тому числі й засобами психотерапії [20].

Л. Пипа відзначає, що попри помітне посилення в останнє десятиліття зацікавленості психосоматичними проблемами, досі не сформована єдина теорія психосоматичного патогенезу з урахуванням впливу психосоціальних факторів, що утруднює етіопатогенетичне лікування соматичних розладів [12, с.123-127].

Наразі в науці існує два основні теоретичні постулати виникнення психосоматичних захворювань. Один – це *концепція стресу*. Експерименти над тваринами довели, що стрес може викликати багато соматичних порушень: виразку шлунка та дванадцятипалої кишки, підвищення артеріального тиску, випадіння волосяного покриву. Отже, людина, як частина тваринного світу, теж підлягає його законам. Відомо також, що багато психосоматичних захворювань починається чи загострюється після переживання важких і тривалих психотравмуючих ситуацій: утрата близької людини (через її загибель або розрив з нею), службові та сімейні конфлікти, різкі зміни у житті.

Другий - *психодинамічна концепція інтрапсихічного мотиваційного конфлікту*. Суть його в тому, що механізми психологічного захисту орієнтовані на збереження цілісності усвідомленої поведінки. Тому мотив, який суперечить установкам поведінки, не повинен усвідомлюватися, бо інакше відбудеться дезінтеграція поведінки і виявиться недосяжним цілісне, внутрішньо несуперечливе сприйняття світу. Тому такий мотив повинен бути або інтегрований із соціальними мотивами, або витіснений із свідомості. Витіснений мотив стає джерелом невротичної тривоги або психосоматичних захворювань [6, с.37].

Н.І. Волошко окреслює 3 основні *чинники*, що зумовлюють розвиток психосоматичних розладів:

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

З'ясовано, що особа зі специфічною вразливістю органу та характерним внутрішньо конфліктним переживанням захворіє відповідною психосоматичною хворобою лише в тому випадку, коли випадковий збіг подій мобілізує її центральний конфлікт, призводячи до руйнування психічного захисту організму. Якщо відповідна стресова ситуація не виникне, незважаючи на фізіологічну вразливість органу й інтраконфліктні тенденції, людина може ніколи не захворіти тією хворобою, до якої вона схильна психологічно й органічно [4.с.126].

Причини психосоматичних захворювань криються в психіці людини, тому лікувати такі захворювання повинен не лише вузькопрофільний спеціаліст, але і психотерапевт. Схильність до психосоматичних розладів буває генетичною , а буває набутою через ситуації, що травмують психіку.

Серед найбільш досліджуваних причин, що викликають психосоматичні розлади психологи визначають: сильні стреси; -внутрішній конфлікт (конфлікт між свідомим і несвідомим, між хочу – можу – повинен);-мотивація –хвороба вигідна, щоб отримати любов, увагу, турботу близьких людей;-самонавіювання, коли в сім'ї є хворий на певне захворювання;-думка матеріальна, тому те, що постійно повторюється вголос, сприймається, як керівництво до дії; самопокарання;-болісний досвід минулого-психічні травми дитинства зберігаються тілесною пам'яттю у вигляді хвороб; алекситимія - нездатність людини виражати власні емоції, почуття, переживання, які намагаються вийти у вигляді больових відчуттів, різних хвороб.

Спочатку до психосоматичних захворювань відносили виразкову хворобу шлунка й дванадцятипалої кишки, неспецифічний виразковий коліт, бронхіальну астму, гіпертиреоз, есенціальну гіпертонію, ревматоїдний артрит, нейродерміт. Пізніше цей список розширився, і тепер до психосоматичних

розладів відносять туберкульоз, онкологічні, інфекційні та інші захворювання [1]. Отже, теоретично кожне захворювання є психосоматичним, оскільки емоційні фактори діють на всі соматичні процеси через нервові та гуморальні шляхи.

Супроводжуючи всі психічні процеси, емоції є універсальним індикатором змін внутрішнього світу людини. Значні емоційні навантаження, що виникають при різних життєвих ситуаціях, викликають тілесне віддзеркалення душевного стану. За даними ВООЗ 38 - 42 відсотки від усіх пацієнтів, що відвідують кабінети соматичних лікарів, належать до групи психосоматичних хворих [11].

Вплив емоцій на фізіологічні процеси та поведінкові реакції пов'язаний із психологічними механізмами і пояснює поширеність психосоматичних розладів, їх соціальну зумовленість, зв'язок з культурними традиціями і умовами життя.

У групі ризику з високою вірогідністю розвитку психосоматичних захворювань є особи з сімейною депривацією [13,22]. Будь-яка депривація, що порушує внутрішній гомеостаз, порушує внутрішню гармонію особистості, необхідну для соціалізації, перешкоджає успішному входженню дитини в соціум. Це є додатковим поштовхом переживання емоційного неблагополуччя у ворожому, не завжди терпимому середовищі. Очевидно, відчуття нестабільності й незахищеності афективно насичене неадекватними уявленнями про життя й майбутнє. Переживання емоційного дискомфорту, різниця між рівнем самооцінки й реаліями формують тривожність як емоційний стан або стійку рису особистості [9].

Дослідження тривожності дозволяє визначити діапазон факторів, якими вона зумовлена:

- природними особливостями нервової системи (слабкий тип);
- низьким фізіологічним супротивом стресу;
- непродуктивним типом мотивації («мотивація на невдачу» замість «мотивації на успіх»);

- порушенням стосунків з друзями, однокурсниками, членами родини. Постійне порівняння з іншими дітьми, залежність від оцінок і суджень інших людей;
- авторитарним стилем виховання (дитину вчать підкорятися, тому вона пасивна, невпевнена у своїх силах);
- високою тривожністю батьків, що створює тривожний фон у родині;
- гіперопікою, що не дозволяє сформуватись навичкам долаання труднощів.

Стрес – неспецифічна нейрогуморальна відповідь організму, що виникає під впливом будь-яких сильних подразників і супроводжується перебудовою захисних сил організму. Помірний стрес є важливим пристосувальним механізмом людського життя. В повсякденному житті потрібно розрізняти стрес як необхідний і корисний компонент активної життєдіяльності від дистресу, що виявляє деструктивний вплив на стан і здоров'я.

Причини психосоматичних захворювань криються в психіці людини, тому лікувати такі захворювання повинен не лише вузькопрофільний спеціаліст, але і психотерапевт. Схильність до психосоматичних розладів може бути як генетичною, так і набутою через ситуації, що травмують психіку.

1.3 Психологічні причини виникнення психосоматичних розладів

Найбільш досліджуваним явищем, з яким пов'язують різноманітні соматичні розлади є стрес. У науковій літературі із проблеми дослідження питання походження значення поняття «стрес», науковці [] зазначають, що у перекладі з англійської «стрес» позначає тиск, натяг, зусилля, і навіть зовнішній вплив, що створює цей стан. У значенні «тиск», «напруга» воно зазвичай використовується в технічній галузі; у житті часто позначає тиск обставин через метафори: «під гнітом злигоднів», «під впливом негоди». Автори припускають, що англійське слово «stress» історично пов'язане від

латинським «stringere» - затягувати. Дослідники висловлюють припущення, що можливо вперше це поняття з'явилося в 1303 р. у віршах поета Р. Маннінга: «... це борошно було манною небесною, яке Господь послав людям, які перебували в пустелі сорок зим і які були у великому стресі» [, з. 9].

У 30 – 50-х роках ХХ ст. канадський вчений Ганс Сельє [] зробив спробу пояснення причин, функцій взаємозв'язків, динаміки і загального значення, розробивши біологічну теорію стресу. На думку Г.Сельє, слово «стрес» прийшло в англійську мову зі старофранцузької та середньовічної англійської та спочатку вимовлялося як «дистрес». Перший склад поступово зник через «злизування» або «ковтання», подібно до того, як діти перетворюють слово «because» на «cause». Тепер терміни «стрес» і «дистрес» мають різне значення (згідно Г. Сельє «діяльність, пов'язана зі стресом може бути приємною або неприємною. Дистрес завжди неприємний» [, с. 30]), незважаючи на спільність походження, так само як у літературній мові ми відрізняємо «because» (бо) від «cause» (причина). Про стрес знали і писали давно, про що свідчить велика кількість досліджень, проведених наприкінці ХІХ і на початку ХХ століть, які продовжуються до теперішнього часу. Насамперед, слід сказати про дослідження В. Вундта [], у якому він виявив, що «позитивний» чи «негативний» вплив емоцій на діяльність залежить від інтенсивності емоційного компонента і залежить від ступеню складності діяльності.

Ці дані також відповідають результатам досліджень Р. Йеркса і Дж. Додсона [], які встановили, що між рівнем мотивації та успішності діяльності різного ступеня труднощі є нелінійна залежність, тобто високий рівень ефективності діяльності спостерігається при оптимальній активізації нервової системи, іншими словами, за середнього рівня мотивації. При зменшенні або зі збільшенням стресогенності діючих факторів ефективність діяльності починає знижуватися. В. Вундт, Р. Йеркс і Дж. Додсон не використовували термін «стрес», описуючи стани емоційної напруженості, а називали його «збудженням», «мобілізацією енергії» або «активацією». Але все ж таки, вони вивчали явище, яке сьогодні ми називаємо стресом.

Великий внесок у розробку досліджень стресу зробив Р. Лазарус []. Він висунув концепцію, згідно з якою розмежовується фізіологічний стрес, пов'язаний із впливом реального фізичного подразника, та психічний стрес, пов'язаний з оцінкою людиною ситуації як загрозової, складної. Однак такий поділ теж досить умовний, тому що у фізіологічному стресі завжди є елементи психічного, а в момент психічного стресу не можуть не відбуватися органічні зміни. Мова, отже, повинна йти швидше про причини, що викликають стрес (фізичні, психологічні), ніж про відмінності в змінах, що спостерігаються в організмі. Адже будь-який стрес є і фізіологічним, і психологічним явищем []. Крім терміна «психологічний стрес» у літературі також використовується термін «емоційний стрес», причому зміст цього терміну включають як первинні емоційні та поведінкові реакції на екстремальні впливи біологічного чи соціального середовища, так і фізіологічні механізми, що лежать в їх основі.

Іноді зливаються поняття «стрес» та «емоційний стан». Так, В. Суворова [], пише, що диференціація стресу та емоційних станів надзвичайно складна і в деяких випадках може бути лише умовною, а в зарубіжній літературі, де з цих двох явищ основна увага приділяється стресу, розмежування емоцій та стресу практично відсутнє. Ті небагато авторів, які намагалися порівнювати стрес з емоціями, розуміли стрес як загальний адаптаційний синдром (Е. Гельгорн, Дж.Луфборроу [42]), тобто у вузькому значенні цього поняття, і зіставляли стрес та емоції щодо ендокринних змін. Але відомо, що головною складовою фундаментальним компонентом психологічного стресу є емоційне збудження. саме тому багато дослідників стали ототожнювати поняття стресу та емоцій. Про це говорить і М. Arnold [].

Внаслідок великої кількості трактувань поняття «стрес», обтяженості його медико-біологічними та односторонніми психологічними уявленнями Н.Наєнко [120], П. Зільберман [] замість терміна «стрес» вводять інше — «психічна напруженість». Цей термін вільний від негативних асоціацій і вказує на необхідність вивчення саме психологічного функціонування людини на складних умовах.

Як зазначає А. Леонова [98], в даний час поряд з поняттями «психологічний (психічний) стрес» та «емоційний стрес» при вивченні механізмів та наслідків стресу все частіше використовується диференціювання стресу в поняттях «інформаційний», «операційний», «посттравматичний», «робочий стрес», «трудовий стрес», «виробничий стрес», «управлінський стрес», «організаційний стрес», та інших. Розглядаючи ОЗ як системну освіту, акцент ставиться на її вивченні з точки зору адаптації колективного суб'єкта (персоналу організації) до зовнішніх або внутрішніх умов, що змінюються, що підвищують напруженість спільної діяльності і ускладнюють ефективне функціонування організації в цілому.

Розвиток особистості здійснюється, як відомо, у певних суспільних умовах. Сукупність матеріальних умов та суспільних відносин, що взаємодіють один з одним, утворюють соціальне середовище, яке є об'єктивним соціальним оточенням не тільки для окремої особистості, але й для груп. Соціальне середовище включає і мікросередовище - сукупність найближчих матеріальних, ідеологічних і соціально-психологічних факторів, що безпосередньо взаємодіють з особистістю.

Ситуації, які висувають до людей вимоги, які перевищують їх звичайний адаптивний потенціал, описуються як життєві проблеми, критичні ситуації, негативні життєві події, стресові події, травматичні події, небажані події, життєві кризи. Кожна з цих ситуацій несе або виклик, або загрозу життєдіяльності людини, або викликає непоправні втрати (McGae R.R., 1984). Кожна з цих ситуацій обмежує активність індивіда, пред'являє йому вимоги, що часто перевищують його особисті ресурси (Lasarus R.S., Folkman S., 1984). Ставлення до негативних життєвих подій і подолання життєвих труднощів: у літературі застосовуються різні терміни для позначення значних негативних подій. використовують поняття «негативні життєві події» - це інциденти, події, що порушують нормальний перебіг життя і є причиною фізичного чи психологічного болю. Якщо ж подія виявляється несподіваною і приголомшливою, насильницькою і небезпечною для життя людини, то її визначають як травматичну подію. Травма має на увазі раптову, масивну та

непереборну загрозу безпеці людини (Перрі Г., 1995). Негативні життєві події вважаються катастрофічними, якщо інтенсивність їхнього впливу та швидкість наступу настільки великі, що зміни, викликані такими подіями, виходять за межі звичайних змін середовища, а наслідки їх сприймаються як драматичні.

Комплекс реакцій людини у відповідь при зіткненні з ситуацією, що наражає на небезпеку його благополуччя, позначається поняттям стрес. Розглянуті реакції можуть протікати на фізіологічному, когнітивному, емоційному та поведінковому рівнях. Оскільки поняття стрес набуло широкого поширення, то негативні події, що його викликають, часто називаються стресорами. Стресори класифікуються за типом життєвих подій або за типом труднощів, за інтенсивністю, за величиною втрат чи загрози, за тривалістю та рядом інших показників. Зазначені вище характеристики стресорів важливі тому, що визначають вибір стратегії подолання негативних життєвих подій. Характер і інтенсивність переживання однотипних обставин варіюється в залежності від значення, яке приписується особистістю цим обставинам (Pearlin L.I., 1991).

У стресовій ситуації особистість повинна приймати неординарні рішення, докладати особливих зусиль, щоб упоратися з загрозою чи викликом, втратою чи збитком. Подолання життєвих труднощів, на думку Р. Лазарус і С. Фолкман, є «когнітивні і поведінкові зусилля індивіда, що постійно змінюються, з метою управління специфічними зовнішніми та (або) внутрішніми вимогами, які оцінюються ним як такі, що піддають його випробуванню або перевищують його ресурси» (Lasarus RS, Folkman S., 1984).

Психічна травма як психологічне поняття, містить у собі усвідомлене сприйняття яких-небудь індивідуально значущих, неприємних подій, їх переробку у вигляді переживань і розвиток більш-менш тривалого стану афекту або психічного стану з негативним емоційним знаком. Констатація психічної травми має на увазі не тільки наявність негативних емоцій, але і відсутність їх відреагування.

Систематику психічної травми здійснює Г. Ушаков [Лакосина Н.Д., Ушаков Г. К. Навчальний посібник з медичної психології. М.: Медицина,

1984.]. Насамперед за інтенсивністю він поділяє психічні травми наступним чином:

1. Масштабні (катастрофічні), які характеризуються несподіваністю, гостротою, раптовістю, разючістю: а) надхактуальні для особистості, б) неактуальні для особистості (наприклад, природні, суспільні катастрофи інтактні для даного індивідууму).

2. Ситуаційні гострі (підгострі), раптові, які багатопланово затягують особистість (пов'язані з втратою соціального престижу, зі шкодою для самоствердження).

3. Пролонговані ситуаційні, які трансформують умови багатьох років життя (ситуація депривації, ситуація достатку – кумир сім'ї): а) усвідомлені та переборювані, б) неусвідомлені та непереборювані.

4. Пролонговані ситуаційні, які призводять до усвідомленої необхідності стійкої психічної перенапруги (виснажливі): а) ті, які викликаються самим змістом ситуації, б) ті, які викликаються надмірним рівнем домагань особистості при відсутності об'єктивних можливостей для досягнення мети в звичайному ритмі діяльності.

При цьому психічні травми можуть бути нетривалими та тривалими, одноразовими та повторними, монотематичними та багатоаспектними, очікуваними та раптовими, малоактуальними та підкреслено актуальними для особистості, індивідуальними та значущими не тільки для даної особи, але й для її сімейного або ж виробничого оточення. За даними спостережень Г. Ушакова [70], однією із головних якостей психотравми (в плані її патогенності) є вибірковість її дії щодо особливостей преморбїду, преневротичного або препсихопатичного стану, переважання зв'язку її з особливостями преморбїдного, особистісного, характерологічного радикалу даного індивіду, а також те, що психічна травма не завжди «видима», тобто, не виявляється в поведінці людини.

Домінуюча роль при психосоматичних розладах належить хронічній психічній травматизації, нерідко доповненої гострими психічними травмами. Однак останні можуть грати і відносно самостійне значення.

Другою по значущості ланкою в генезі психосоматичних розладів є особливості особистості. Виділяють особистісні характеристики, особливо уразливі для розвитку психосоматичних розладів: сенситивність, емоційна лабільність, демонстративність, субдепресивні риси, ригідність. Особливості особистості людини формуються як сплав спадково-конституціональних рис і рис, обумовлених зовнішньо середовищними факторами, умовами життя і виховання.

Поєднання психогенного фактору та встановлених особливостей особистості є сприятливою умовою для формування основної патогенетичної ланки – психологічного конфлікту. Внутрішній конфлікт при різних психосоматичних розладах, на думку В. М'ясищева, може визначатися :

- протиріччями між можливостями особистості і завищеними вимогами до себе;
- завищеними домаганнями, що сполучаються з недооцінкою чи повним ігноруванням об'єктивних, реальних умов;
- суперечливими тенденціями між моральними принципами й особистими прихильностями.

Тривожність – це переживання емоційного дискомфорту, яке пов'язане з очікуванням неблагополуччя, з передчуттям загрозової небезпеки. Тривожність, як сигнал про небезпеку, привертає увагу до можливих труднощів, наявності перешкод для досягнення цілі, дозволяє мобілізувати сили, тим самим досягнути найкращого результату. Тому нормальний (оптимальний) рівень тривожності розглядається як необхідний для ефективного пристосування до реальності (адаптивна тривога). Надмірно високий рівень розглядається, як дезадаптивна реакція, яка проявляється в загальній дезорганізації поведінки та діяльності. [33]. На психологічному рівні тривожність відчувається як напруженість, стурбованість, неспокій, нервозність та переживання у вигляді відчуття невизначеності, безпорадності, безсилля, незахищеності, самотності, загрозою невдачі, неможливості прийняти рішення і т. ін. На фізіологічному рівні реакції тривожності проявляються в підсиленні серцебиття, прискоренні дихання, підвищенні хвилинного об'єму циркулюючої

крові, підвищенні артеріального тиску, зростанні загальної збудливості, зниженні порогів чутливості, коли раніше нейтральні стимули набувають негативного емоційного забарвлення [71].

Вітчизняними вченими, тривога розглядається, як емоційний стан, а тривожність, як стійка риса, індивідуальна психологічна особливість, що проявляється в схильності до частих та інтенсивних переживань стану тривоги [42; 108]. Крім того, термін «тривожність» використовують для позначення явища в цілому.

Що стосується розмежування понять тривожності та страху, то на сьогоднішній день найбільш розповсюджена точка зору, яка розглядає страх як реакцію на конкретну, визначену, реальну загрозу, а тривожність – як переживання невизначеної, неясної, безоб'єктної загрози [42]. Тривожність найбільш часто проявляється в очікуванні якої-небудь події, яку важко прогнозувати і яка може загрожувати своїми неприємними наслідками. Існує також точка зору у відповідності з якою, страх відчувається при загрозі вітальній, коли щось загрожує цілісності або існуванню людини як живої істоти, людському організму, а тривожність – при загрозі соціальної, особистісної. На думку Захарова [42] в страху та тривожності існує спільний компонент у вигляді відчуття занепокоєння. В обох поняттях відображується сприйняття загрози або ж відсутність відчуття безпеки. Якщо ж продовжити загальну лінію, то тривожність можна порівняти з глибоко захованим страхом дифузного характеру.

Не дивлячись на своє негативне забарвлення, страх виконує різноманітні функції в психічному житті людини. Як реакція на загрозу страх дозволяє уникнути зустрічі з нею, виконуючи таким чином захисну адаптивну роль в системі психічної саморегуляції. Страх – це своєрідний засіб пізнання оточуючої дійсності, який призводить до більш критичного та вибіркового відношення до неї. Страх таким чином може виконувати певну соціалізуючу та навчальну функцію в процесі формування особистості. Уявлення про джерела небезпеки, які викликають страх є відомим комунікативним та життєвим

досвідом. Страх навіть може певним чином мобілізувати «я» перед лицем зовнішньої небезпеки, сприяючи інтеграції внутрішніх психічних ресурсів [42].

Вікові страхи, тобто страхи, які притаманні певному віку, в деякій мірі відображують історичний шлях розвитку самосвідомості людини. Спочатку дитина боїться залишатись одна, без підтримки близької людини (в 7 міс.), остерігається сторонніх, невідомих їй осіб (у 8 міс.). Далі вона боїться болю, висоти, гігантських (за її уявою) тварин. Час від часу її переповнює суєвірний страх перед Бабою Ягою та Коцієм як символами зла та жорстокості. Далі вона боїться темноти, вогню та пожегу, стихії, всього того, що було розвинено в первісних людей, одухотворяючи велику кількість невідомих та небезпечних для них явищ природи. Людина не змогла б вижити, нехтуючи цими страхами, які передавались із покоління в покоління і склали частину її життєвого досвіду. На відміну від так званих природних страхів, соціальні страхи набувають шляхом навчання в процесі формування особистості, висловлюючи певні цінності, які прийняті в тому чи іншому суспільному середовищі [21].

Страх – один із провідних клінічних проявів при невротичних розладах. По визначенню А.І. Захарова невротичним можна визначити страх, який не виправдується конкретною загрозою, або ж не відповідає їй по ступеню значимості, але завжди має визначене психологічне підґрунтя свого походження (мотивацію) [23]. На відміну від невротичного, реальний страх виникає при конкретній зовнішній небезпеці, будучи проявом інстинкту самозбереження.

Невротичні страхи можуть часто зустрічатись в тому віці, якому вони ще не властиві або ж вже повинні пройти. До того ж, ці страхи частіше ніж у нормі відображають наявність аналогічних страхів у батьків, підвищену чутливість і вразливість дітей, їхню беззахисність. Страхи при невротичних розладах більш тісно пов'язані з переживаннями дітей, конфліктами в родині і невдачами в спілкуванні. Поживним ґрунтом для них будуть емоційна вразливість, схильність до занепокоєння, невпевненість у собі і відсутність адекватного психологічного захисту.

Висновки до першого розділу

Аналіз наявної науко-психологічної літератури із проблеми психосоматичних розладів дозволяє підсумувати, що в основі психосоматичного захворювання лежить реакція на емоційне переживання, що супроводжується функціональними змінами і патологічними порушеннями у фізичних органах. Психосоматичний напрямок не є самостійною медичною дисципліною – це підхід, що враховує різноманіття причин. По мірі еволюції людини поступово порушувався універсальний механізм пристосування її психіки до навколишнього середовища. Разом зі зміною психології людини і середовища її проживання виявлялися нові і чисельно збільшувалися наявні психологічні симптоми і синдроми. Таким чином, в сучасному розумінні причин виникнення психосоматичних захворювань визнається багатофакторність в поясненні їх природи. Соматичне і психічне, вплив схильності і середовища, фактичний стан навколишнього середовища і його суб'єктивна переробка, фізіологічні, психічні та соціальні впливи в їх сукупності і взаємодоповненні – все це має значення як взаємодіючі між собою фактори психосоматичних захворювань.

Вихідним пунктом психосоматики вважаються вперше проаналізовані З. Фрейдом конверсійні симптоми. Ціна, яку людина сплачує за те, що не може витримати своїх негативних емоцій, внутрішніх конфліктів, полягає в тому, що емоція витісняється зі свідомої сфери і заміщується органічним симптомом, що проявляється порушенням функції якогось органу.

В науково-біхевіоральні теорії передумовою психосоматики є розлади придбані в результаті помилкового минулого навчання. Саморуйнівна і патологічна поведінка є результатом впливу оточення, яке підкріплює і зміцнює його.

Ідея психологічного конфлікту як основи психосоматичних розладів отримала розвиток в рамках психодинамічного напряму в психології.

Незважаючи на те, що хвороба означає страждання і біль, вона часто допомагає вирішувати деякі проблеми, що постають перед людиною.

Будь-яке психосоматичне захворювання є властивістю людського організму як системи. Воно не походить окремо ні з психічних, ні з фізіологічних (включаючи спадковість) якостей індивіда, їх неможливо пояснити шляхом дослідження властивостей якоїсь однієї підсистеми – психічної чи соматичної. Лише взаємодія цих підсистем та навколишнього середовища можуть призвести до нового стану організму, який визначається як психосоматичне захворювання. І лише чітке розуміння цих зв'язків дає можливість ефективно впливати на захворювання, що виникло, в тому числі й засобами психотерапії.

РОЗДІЛ 2 ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ

2.1 Діагностика впливу стресу на соматичні захворювання студентів

Перша серія емпіричного дослідження була спрямована на визначення впливу тривожності у виникненні соматичних захворювань у студентів першого курсу Хмельницького національного університету

При виборі методик нами були враховані можливості й обмеження кожної методики за точністю й надійністю фіксації вираженості досліджуваних якостей. Ми віддали перевагу тим методикам, які досить повно описані в керівництві по їх застосуванню. При складанні набору методик ми керувалися принципом додатковості: повинні доповнювати дані якісного та кількісного характеру, суб'єктивні та об'єктивні показники.

Серед груп методів психологічної діагностики ми обрали суб'єктивно-оцінні, засновані на аналізі відповідей випробовуваних на питання і судження опитувальників, аналізі виборів альтернативних суджень, виборів градацій шкал.

Для дослідження нами визначено такі методики:

Опитувальник методики «Мотивація успіху і боязнь невдачі». Цей опитувальник був розроблений А. Реаном (Додаток А).

Тест - опитувальник складається з 20 тверджень, з якими піддослідному необхідно було погодитися чи ні. Якщо випробуваний набирав за результатами відповідей від 1 до 7 балів, то у нього діагностується мотивація на невдачу (боязнь невдачі). Якщо набирає від 14 до 20 балів, то діагностується мотивація на успіх (надія на успіх). Якщо кількість набраних балів у межах від 8 до 13 балів, то слід вважати, що мотиваційний полюс не виражений. При цьому, якщо у випробуваного 8-9 балів – то його мотиваційний полюс ближче до уникнення невдачі, якщо 12-13 балів – ближче до прагнення до успіху.

Опитувальник методики «Соматичних скарг» Гісса. Цей опитувальник був запропонований Є. Брюхлером і Дж. Снером в 1967 році (Додаток Б).

Призначений для виявлення суб'єктивної картини фізичних страждань хворого. Складається з переліку, що включає 57 скарг, що відносяться до таких сфер, як загальне самопочуття, вегетативні розлади, порушення функцій

внутрішніх органів. Ступінь їх інтенсивності оцінюється за 5-бальною шкалою: 0-немає, 1-злегка, 2-кілька, 3-значно, 4-сильно. Приклади скарг:

1. Відчуття слабкості 0 1 2 3 4

Крім скарг, з'ясовується їх обумовленість психічними чи фізичними факторами з точки зору пацієнта. На основі аналізу були виділені 4 основні та 5-ий – загальний бал :

Шкала 1. «Виснаження» (E) -характеризує неспецифічний чинник виснаження, який вказує на загальну втрату життєвої енергії, потребу в допомозі.

Шкала 2. «Шлункові скарги» (M) –показує синдром нервових (психосоматичних) шлункових нездужань.

Шкала 3. «Ревматичний характер» (G) – виявляє хворобливі суб'єктивні відчуття, що мають алгічний або спастичний характер.

Шкала 4. «Серцеві скарги» (H)- вказує на те, що пацієнт локалізує свої нездужання переважно в серцево-судинній сфері.

Шкала 5. «Загальний бал» - показує інтенсивність соматичних скарг. Оцінки за шкалами отримують шляхом підсумовування балів по кожному вхідному пункті шкали. Для оцінки суб'єктивного ступеня фізичних нездужань автори пропонують розглядати її у порівнянні з даними вибірок пацієнтів і здорових. В якості такого інтегрального показника для зіставлення використовується відсотковий ранг – відсоток тих випробуваних з вибірки стандартизації, які отримали рівний або більш низький бал, ніж даний обстежуваний.

Опитувальник методики «Визначення властивостей нервової системи» (Додаток В).

Тест складається з 10 питань. Досліджувані повинні дати відповіді, оцінюючи вказані властивості нервової системи стосовно прояву їх у своїй поведінці за 5-ти бальною шкалою. Потім підрахувати суму балів і визначити тип нервової системи:

10-20 балів – свідчить про те, що в людини яскраво виражений слабкий тип нервової системи;

20-30 балів – скоріше слабкий ніж сильний, тип нервової системи;

30-40 балів – скоріше сильний ніж слабкий, тип нервової системи;

40-50 балів – сильний тип нервової системи.

Адаптований опитувальник методики «Навчальної тривожності».

Пропонований варіант ґрунтований на опитувальнику, розробленому Філіпсом (Додаток Г).

За його допомогою проводилося вивчення рівня і характеру тривожності, пов'язаних з навчанням у вузі. Тест складається з 58 питань, На кожне запитання потрібно однозначно відповісти «так» або «ні».

При обробці результатів визначають питання; відповіді на які не збігаються з ключем тесту. Відповіді, що не збігаються з ключем – це прояви тривожності. При обробці підраховується загальна кількість розбіжностей по всьому тексту. Якщо воно більше 50%, можна говорити про підвищену тривожність, якщо більше 75% від загальної кількості питань тесту – про високу тривожність.

Аналізуються причини виникнення емоційних порушень за 8 факторами:

- загальна тривожність -загальний емоційний стан, пов'язаний із різними формами включення в студентське школи;
- переживання соціального стресу - емоційний стан особистості, на фоні якого розвиваються її контакти з однолітками, викладачами;
- фрустрація потреби в досягненні успіху – несприятливий психічний фон, який не дозволяє особистості розвивати свої потреби в успіхах, досягненні високого результату;
- страх самовираження - негативні емоційні переживання ситуацій, пов'язаних з необхідністю саморозкриття, демонстрації своїх можливостей;
- страх ситуації перевірки знань - негативне ставлення і переживання тривоги в ситуаціях перевірки знань, досягнень, можливостей;
- страх невідповідності очікуванням оточуючих - орієнтація на значимість інших при оцінюванні своїх результатів, вчинків, думок, тривога з

приводу оцінок, що даються навколишніми, очікування негативних оцінок;

- низький фізіологічний супротив стресу – особливості психофізіологічної організації, що знижують адаптацію дитини до ситуацій стресогенного характеру, що підвищують ймовірність неадекватного реагування на тривожний фактор середовища;
- проблеми і страхи у взаєминах з викладачами, адміністрацією - загальний негативний емоційний фон відносин, який знижує успішність навчання учнів.

Емпіричне дослідження проводилось у кілька *етапів*.

На *початковому* етапі було продіагностовано властивості нервової системи в студентів за показниками сили, врівноваженості і рухливості. Сила нервової системи визначає і проявляється в працездатності, тобто здатності витримувати тривалі чи короткочасні, але сильні збудження. Врівноваженість нервових процесів - це баланс між процесами збудження та гальмування. Рухливість нервових процесів проявляється в здатності змінювати поведінку залежно від умов, швидко переходити від однієї дії до іншої, від пасивного стану до активного і навпаки.

На *наступному* етапі за опитувальником Реана було визначено вид мотивації [с.124]. В загальному розумінні, мотивація - це, перш за все прагнення до успіху, до високих результатів своєї діяльності. Мотивація на успіх - це позитивна мотивація, при якій людина, починаючи справу, сподівається на досягнення позитивного результату. Такі люди впевнені в собі, відповідальні, позитивні, активні, цілеспрямовані і наполегливі в досягненні мети. Мотивація на невдачу – це негативна мотивація, маючи яку, людина боїться невдачі, висміювання, покарання. Думаючи про можливі невдачі та способи їх запобігання, вона не думає про досягнення мети. В основі негативної мотивації лежить ідея уникнення та ідея негативних очікувань. Такі люди відрізняються підвищеною тривожністю, невпевненістю в своїх силах. Ситуативна тривожність у них стає надзвичайно високою.

Завданням наступного етапу було визначення рівня тривожності за опитувальником Філіпса [с.133-139]. Тривожність – це психологічний стан, який викликається можливими або вірогідними прикрощами, несподіванкою, змінами в звичній обстановці і діяльності, затримкою приємного, бажаного і виражається у специфічних переживаннях (побоювання, хвилювання, порушення спокою та інші), реакціях. Це - готовність до страху, індивідуальна чутливість до різних стресорів і подразників. Відчуття неконкретної, невизначеної загрози, нечітке відчуття небезпеки, вияв психічного неблагополуччя особистості. Тривожність знижує адаптаційний потенціал дитини, стримує інтелектуальний та емоційний розвиток. Виявляється тривожність у нерішучості, загостреному почутті відповідальності, внутрішній потребі відповідати очікуванням інших, боязкості, невпевненості у своїх рішеннях, емоційному неспокої. Розрізняють ситуативну та особистісну тривожність. Перша викликана певними подіями, ситуаціями, що спричиняють хвилювання, тривогу, передчуття неприємностей. Друга –стабільна риса особистості, що проявляється у звичайних, повсякденних ситуаціях.

Важливим етапом було визначення за Гіссенським опитувальником соматичних скарг інтенсивність емоційно забарвлених скарг з приводу фізичного здоров'я [с.56]. За ними можна визначити, яка група скарг переважає, і чи підтверджуються вони медичним діагнозом(за результатами медичного огляду).

На кінцевому етапі було опрацювання документів (лікарняних довідок), які пояснювали пропуски навчальних занять.

У ході емпіричного дослідження було протестовано 44 студенти: серед них 15 хлопців (34% від загальної кількості досліджуваних) і 29 дівчат (66% від загальної кількості досліджуваних).

За результатами проведеної психодіагностичної роботи (методика визначення навчальної тривожності за опитувальником Філіпса) нами виявлено дві групи. Перша група - 11 осіб (25 % від загальної кількості досліджуваних) - має підвищений рівень тривожності (рис.2.1).



Рис.2.1. Діаграма аналізу результатів діагностики тривожності за методикою Філіпса.

Серед цих студентів - 7 (64% від досліджуваної групи осіб) мають скоріше сильну нервову систему, 4 студенти (36% від досліджуваної групи осіб) - скоріше слабку.

За опитувальником Реана у досліджуваних осіб - 9 (82% від досліджуваної групи осіб) мають мотивацію на успіх, 1 студент (9% від досліджуваної групи осіб) - на невдачу, 1 студент (9% від досліджуваної групи осіб) має невизначену мотивацію.

Такі результати вказують на те, що рівень тривожності не завжди залежить від типу мотивації і властивостей нервової системи. Таким чином, можна припустити, що на рівень тривожності мають вплив додаткові соціальні фактори життя.

За Гіссенським опитувальником соматичних скарг виявлено високу інтенсивність соматичних скарг у 8 студентів (73% від досліджуваної групи осіб), з них за документами медичного огляду підтвердився медичний діагноз у 7 осіб (86% від досліджуваної групи осіб). Середню інтенсивність соматичних скарг виявлено у 3 студентів. У них не підтвердився медичний діагноз, пропущено 5 днів навчальних занять.

За наслідками медичного огляду виявлено такі соматичні захворювання: ВСД, порушення постави, дифузний зоб, ПМК, міопія, нефропатія, хронічний гастродуоденіт, хронічний тонзиліт, вторинна кардіопатія.

Друга група студентів - 3 особи (7% від загальної кількості досліджуваних) – за методикою визначення тривожності має високий рівень тривожності. Серед цих студентів 1 (33% від досліджуваної групи осіб) має скоріше сильну нервову систему, 2 студенти (67% від досліджуваної групи осіб) - скоріше слабку нервову систему. 1 студент (33% від досліджуваної групи осіб) має мотивацію на успіх, 2 студенти (67% від досліджуваної групи осіб) - на невдачу.

За Гіссенським опитувальником виявлено високу інтенсивність соматичних скарг у 3 студентів (100% від досліджуваної групи осіб). За результатами медичного огляду підтвердився медичний діагноз у 3 осіб (100% від досліджуваної групи осіб). Ці студенти пропустили заняття в університеті через хворобу 26 днів. За наслідками медичного огляду виявлено такі соматичні захворювання даних студентів: ВСД, дифузний зоб, ПМК, міопія, нефропатія, хронічний тонзиліт, вторинна кардіопатія (Додаток Д).

Таким чином, висока інтенсивність соматичних скарг у студентів з високою і підвищеною тривожністю підтвердилася медичним діагнозом у 91% і як наслідок, велика кількість пропущених занять через хворобу.

У студентів з підвищеною і високою тривожністю за середнім показником було проаналізовано причини виникнення емоційних порушень за восьми факторами (Додаток Е). У 76% учнів виявлено страх перевірки знань і страх не відповідати очікуванням оточуючих, у 71% страх самовираження, у 68% загальна тривожність, у 59% проблеми і страхи, пов'язані з викладачами, у 55% фрустрація потреби у досягненні мети і переживання соціального стресу, у 54% низький фізіологічний супротив стресу (рис.2.2).



Рис.2.2. Діаграма причин виникнення підвищеної і високої тривожності.

Це свідчить про те, що основними тривожними синдромами в досліджуваних студентів є страх перевірки знань (екзамени, заліки, семінарські заняття), страх не відповідати очікуванням оточуючих, страх самовираження.

Отже, під час навчального процесу виникає емоційна напруга під впливом певних факторів, що у свою чергу веде до психотравмуючих ситуацій. Проблема підвищеної тривожності є однією з найбільш актуальних проблем сьогодення. Тривожність часто призводить до зниження працездатності та продуктивної діяльності, до труднощів у спілкуванні.

Емпіричне дослідження доводить, що підвищена тривожність не завжди залежить від типу нервової системи чи типу мотивації. Рівень тривожності знаходиться у великій залежності від соціальних факторів життя (умов проживання і виховання, чи бажаною була дитина, чи люблять і приймають її такою, яка вона є). Досліджувані студенти з виявленою тривожністю мають низький рівень навчальних досягнень, вони швидко втомлюються, неуважні, пасивні, бояться швидкого темпу виконання завдань. Це свідчить про порушення процесів адаптації та схильність до розвитку психосоматичних розладів.

У 91% студентів з підвищеною і високою тривожністю висока інтенсивність соматичних скарг підтвердилася медичним діагнозом, що зумовлює велику кількість пропущених днів через хворобу. У більшості випадків тривога була пусковим механізмом, що провокує розвиток важких соматичних захворювань.

2.2. Емпіричне дослідження індивідуально-психологічних особливостей студентів із захворюваннями серцево-судинної системи

Наступна серія дослідження була орієнтована на виявлення психологічних чинників проблем і розладів серцево-судинної системи. Дігностика проводилася за допомогою бесіди, анкетування, методики діагностики стратегій розв'язання конфліктів Д. Джонсона і Ф. Джонсона, особистісної шкала прояву тривоги Дж. Тейлора (в модифікації В.Г. Норахідзе), методики визначення показників та форм агресії (А. Басса та А. Дарки, адаптація О. Осницького), Шкали самоповаги Розенберга.

У анкетуванні брали участь 30 осіб дівчат і хлопців, з яких 15 мають хвороби серцево-судинної системи, а інші 15 їх не мають. В тестуванні участь брали 10 осіб, з яких 5 – хворі, 5 – здорові.

Усі досліджувані добровільно прийняли участь у діагностуванні, активно йшли на контакт в ході діагностики, з особистіною зацікавленістю ставились до проведення тестування.

Першим етапом нашого дослідження було проведення анкетування 30 досліджуваних студентів. В зміст анкети були включені запитання, що були спрямовані на з'ясування, діагнозу, спадковості захворювання, часу появи симптомів, наявності шкідливих звичок, що впливають на серцево-судинну систему, наявності ситуацій з надмірним емоційним навантаженням, способу життя (активний/пасивний). Також респонденти мали змогу зазначити в своїй анкеті додаткову інформацію (стресові події, що вплинули на розвиток серцево-судинних хвороб).

Другим етапом нашого дослідження було проведення психологічної діагностики за допомогою комплексу взаємодоповнюючих методик, з метою з'ясування індивідуально-психологічних відмінностей в структурі особистості здорової людини та хворої на серцево-судинне захворювання. Далі поданий короткий опис використовуваних методик.

Діагностика стратегій розв'язання конфліктних ситуацій Д. Джонсона і Ф. Джонсона. Метою методики було визначення алгоритму поведінки в процесі розв'язання конфліктних ситуацій. Перебуваючи в конфліктній ситуації, люди діють по-різному і виявляють притаманний їм стиль поведінки. Опитувальник дає змогу оцінити індивідуальні дії особистості під час конфлікту і стиль поведінки з урахуванням двох умов: важливості досягнення мети та підтримання хороших стосунків з опонентами. Тест має 35 тверджень у формі прислів'я чи приказки, які досліджуваному потрібно оцінити на скільки вони відповідають його діям під час конфлікту. Можливі варіанти відповідей: «відповідає у всіх випадках», «відповідає у більшості випадків», «деколи відповідає», «відповідає, але дуже рідко», «ніколи не відповідає». В залежності від кількості отриманих балів, по кожній категорії, респондент визначає домінуючу стратегію вирішення конфліктів, а саме: втеча, примус, згладжування, компроміс, співробітництво.

Визначення показників та форм агресії за методикою А. Басса та А. Дарки (адаптація О. Осницького). Особистісний опитувальник розроблений в 1957 р. і призначений для діагностики агресивних і несприятливих реакцій. На думку авторів, під агресивністю можна розуміти властивість особистості, що характеризується наявністю деструктивних тенденцій, в основному в області суб'єктно-суб'єктних відносин.

Ймовірно, деструктивний компонент людської активності є необхідним у творчій діяльності, оскільки потреби індивідуального розвитку з неминучістю формують в людях здатність до усунення і руйнування перешкод, подолання того, що протидіє цьому процесу. Агресивність має якісну і кількісну характеристики. Як і всяка властивість, вона має різну ступінь вираженості: від майже повної відсутності до її граничного розвитку. Кожна людина повинна володіти певним ступенем агресивності. Відсутність її призводить до пасивності, конформності тощо. Дослідник пропонує прочитати твердження і з'ясувати, наскільки воно відповідає стилю поведінки, способу життя досліджуваного, та дати відповідь: «так», «мабуть, так», «мабуть, ні», «ні». Опитувальник має 75 тверджень [4].

Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора (в модифікації В. Г. Норахідзе). Методика призначена для вимірювання рівня тривожності. У 1975 р. В.Г. Норахідзе доповнив опитувальник шкалою брехні, яка дозволяє судити про демонстративність, нещирість у відповідях. Методика використовується при індивідуальному та груповому обстеженні, здатна вирішувати як теоретичні, так і практичні завдання й може бути включена в батарею інших тестів. Для зручності користування кожне твердження може пропонуватися респонденту на окремій картці. Відповідно до інструкції респондент відкладає картки вправо і вліво залежно від того, згоден він чи не згоден з твердженнями, що містяться в них. Тестування триває 15-30 хв. Досліджуваному пропонується прочитати уважно кожне з 60-ти тверджень, які вимагають однозначних відповідей («так» або «ні»).

Шкала самоповаги Розенберга. Опитувальник створювався і використовувався як одновимірний, хоча, проведений пізніше, факторний аналіз виявив два незалежні фактори: самоприниження і самоповагу. Самоповага існує і під час відсутності самоприниження, і поряд з нею, в останньому випадку вона виступає в захисній функції. Опитувальник має гарну надійність і конструктивну валідність. Показники за опитувальником пов'язані з депресивним станом, тривогою і психосоматичними симптомами, активністю в спілкуванні, лідерством, почуттям міжособистісної безпеки.

Дані, що були отримані в результаті проведення експериментально-психологічних досліджень, дозволяють виділити особливості особистості з серцево-судинними захворюваннями.

Аналізуючи анкети студентів, які мали підтверджений діагноз серцево-судинного захворювання можна зробити наступні висновки: поштовхом для прояву спадкових серцево-судинних захворювань може стати перенесений стрес, стенокардія є психосоматичним захворюванням. Серед 15 опитаних хворих осіб шестеро мають хвороби спадкового характеру, четверо з них зазначили, що причиною прояву хвороби був стрес. Четверо опитаних хворі на стенокардію і зазначають, що причиною хвороби стали стресові ситуації.

На основі висновків Г.К.Тарасова (1960) про схильність хворих на серцево-судинні захворювання до невпевненості в собі, було вирішено перевірити самооцінку та самоповагу досліджуваних осіб. Ми використали Шкалу самоповаги Розенберга, проте результати нашого дослідження не підтверджують висновки Тарасова, і всі респонденти мають нормальний рівень самооцінки [10].

Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора показала, що люди з розладами у роботі серцево-судинної системи мають високий або середній з тенденцією до високого рівень тривожності (див. діагр. 2.1), що повністю підтверджує інформацію з літератури.

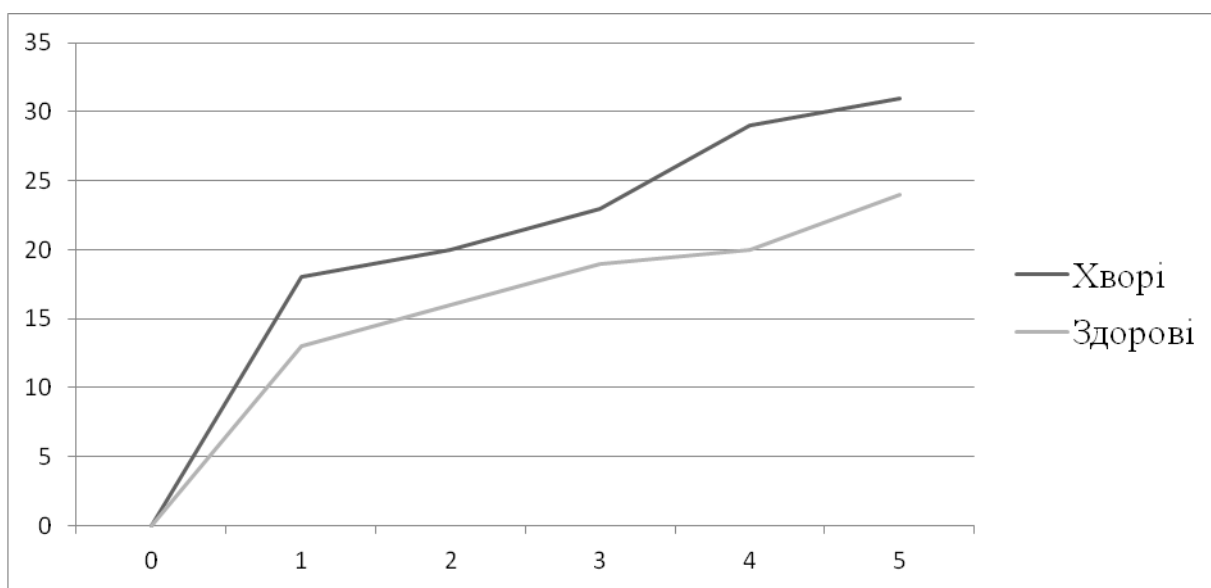


Рис. 2.3. Діаграма рівня тривожності у хворих і здорових людей (у балах)

Аналіз результатів діагностики стратегій розв'язання конфліктів Д. Джонсона і Ф.Джонсона не показав певної закономірності (див. табл. 2.1). В подальшому дослідженні нами планується збільшити кількість респондентів з метою визначення можливих закономірностей.

Таблиця 2.1 Таблиця порівняння стратегій вирішення конфліктів у здорових та хворих людей

Хворі	Здорові
примус	згладжування
компроміс	згладжування
згладжування	примус
згладжування	згладжування
згладжування	втеча

Згідно з результатами тесту для визначення показників та форм агресії за методикою А. Дарки (адаптація О. Осницького) у осіб з захворюваннями серцево-судинної системи рівень фізичної агресії (див. діагр. 2.2) нищий ніж у здорових людей. Рівень вербальної (див. діагр. 2.3) і непрямой (див. діагр. 2.4) агресії у хворих також нищий. Отже, індекс агресивності у хворих осіб нищий (див. діагр. 2.5).

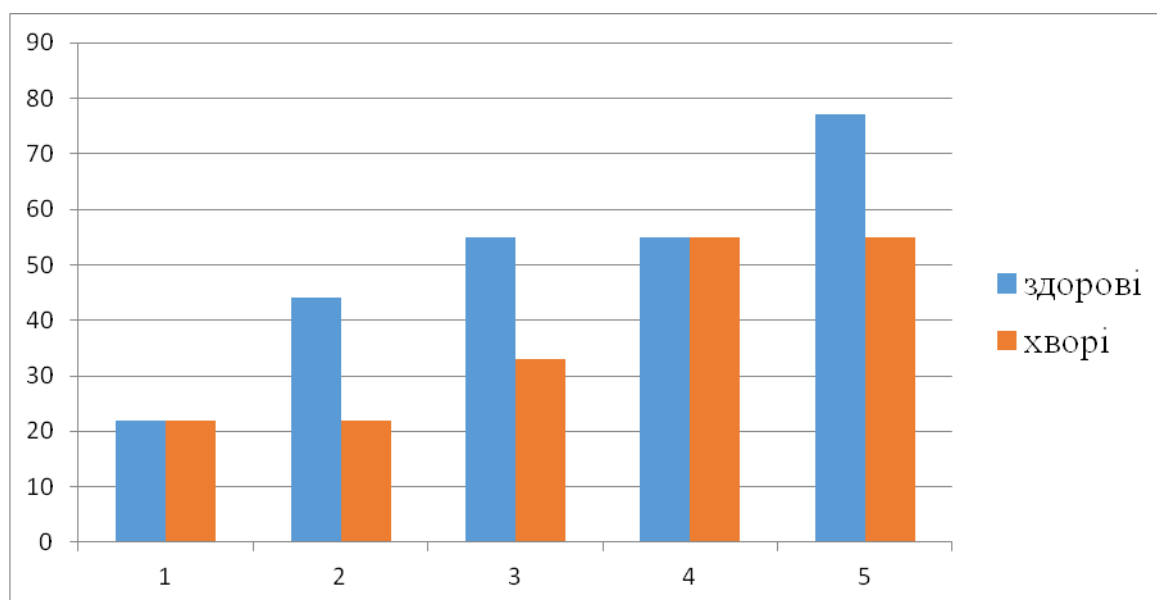


Рис. 2.4. Діаграма рівня фізичної агресії у хворих і здорових людей

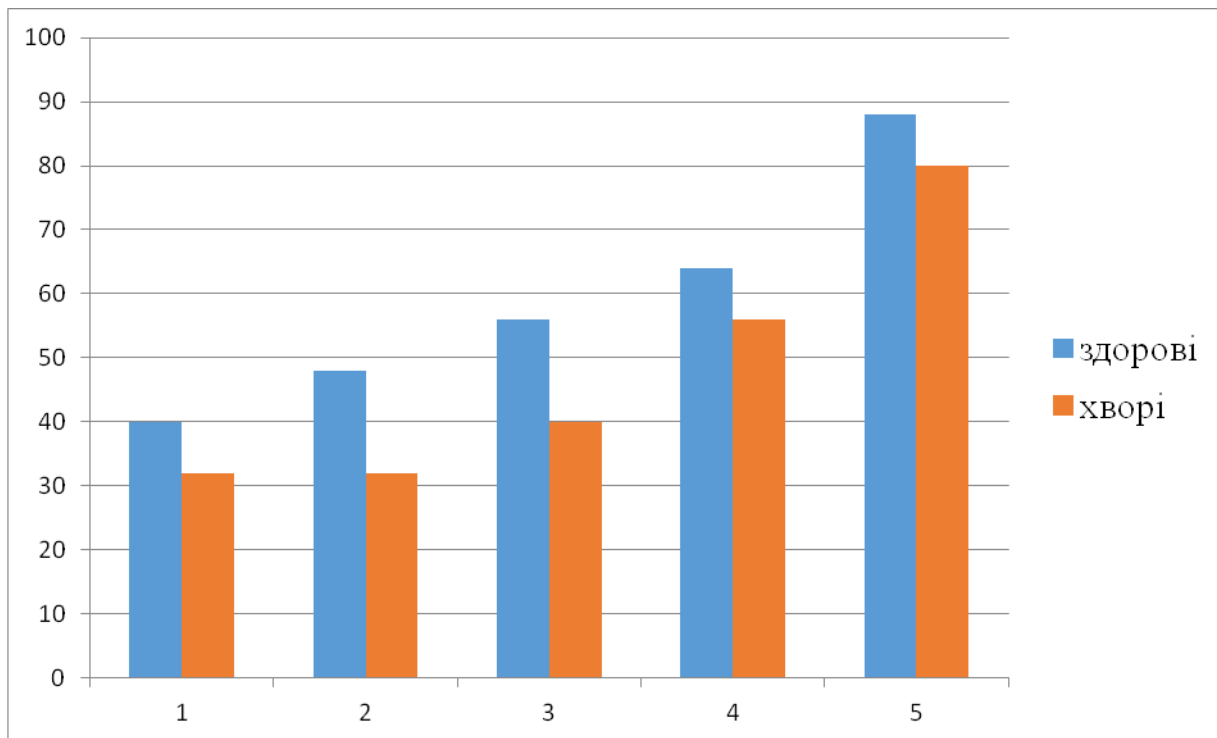


Рис. 2.5. Діаграма рівня вербальної агресії у хворих і здорових людей

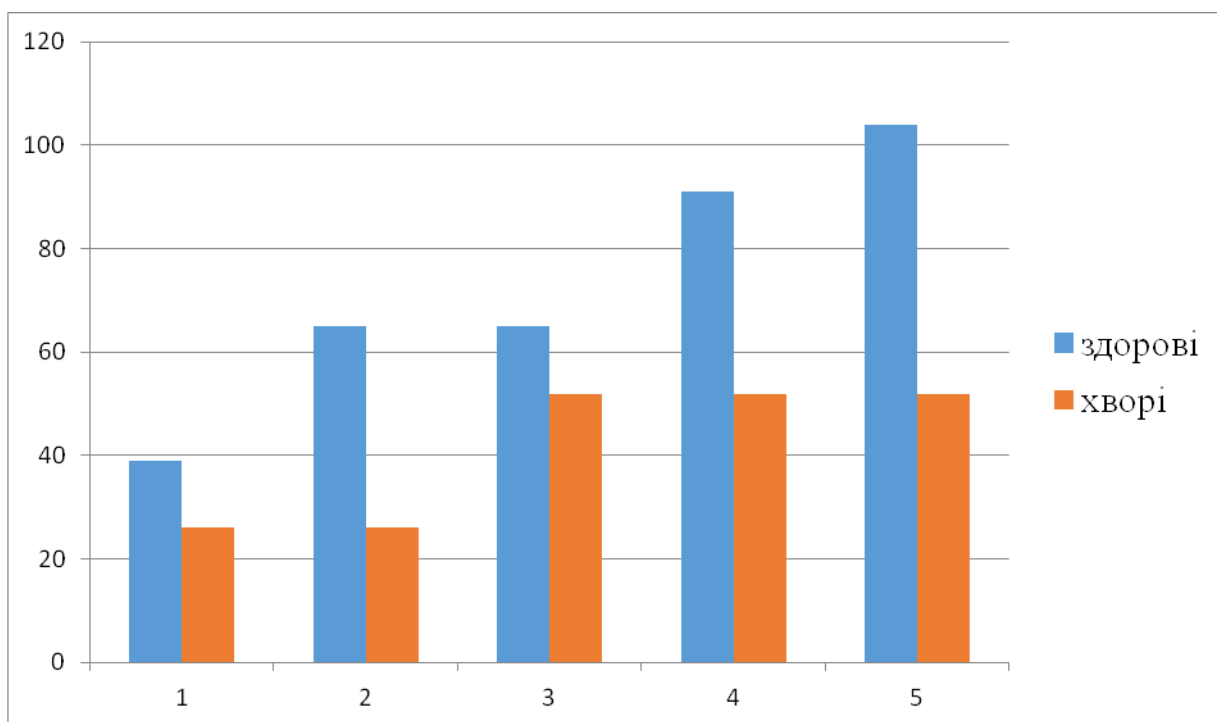


Рис. 2.6 Діаграма рівня непрямой агресії у хворих і здорових людей

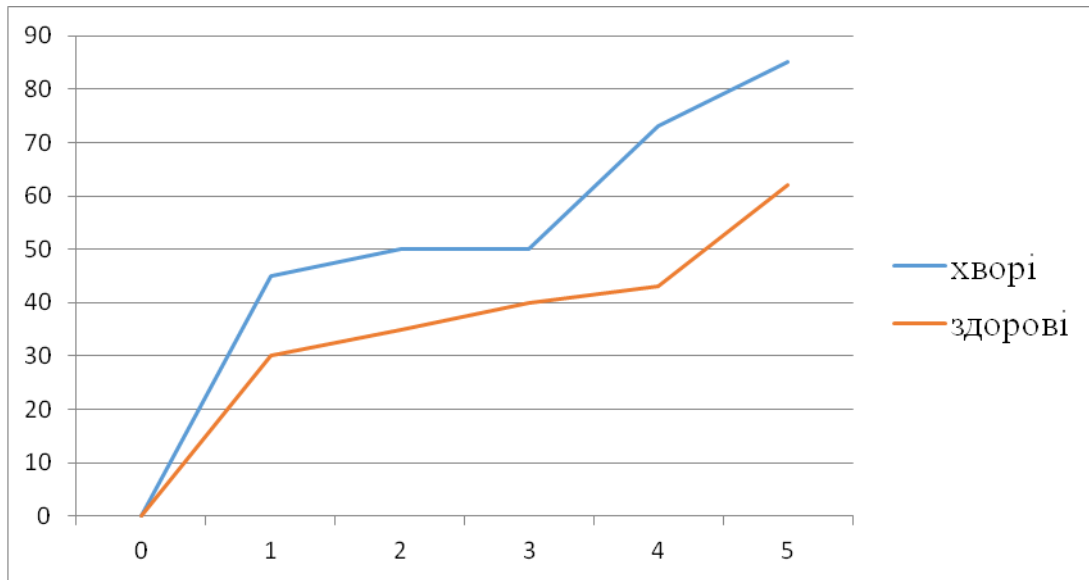


Рис. 2.7 Діаграма індексу агресивності у хворих і здорових людей

Також цей тест показав, що рівень негативізму (див. діагр.2.8) у осіб з серцево-судинними захворюваннями нижчий ніж у здорових людей, що були опитані. Рівень роздратування (див. діагр.2.9 і почуття провини (див. діагр.2.10) також нижчий у хворих людей.

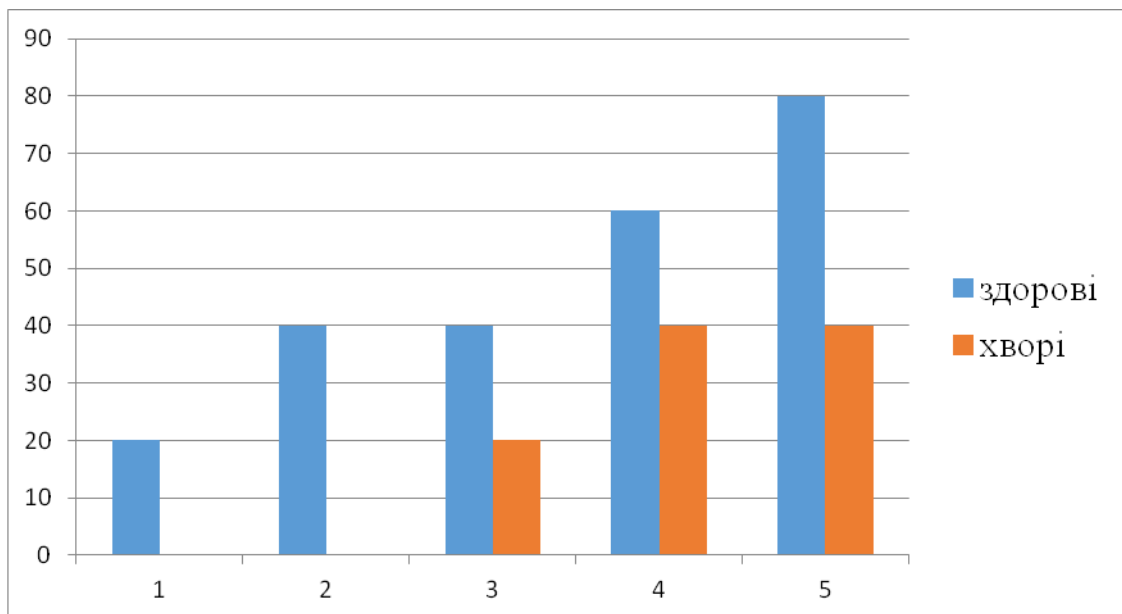


Рис. 2.8 Діаграма рівня негативізму у хворих і здорових людей

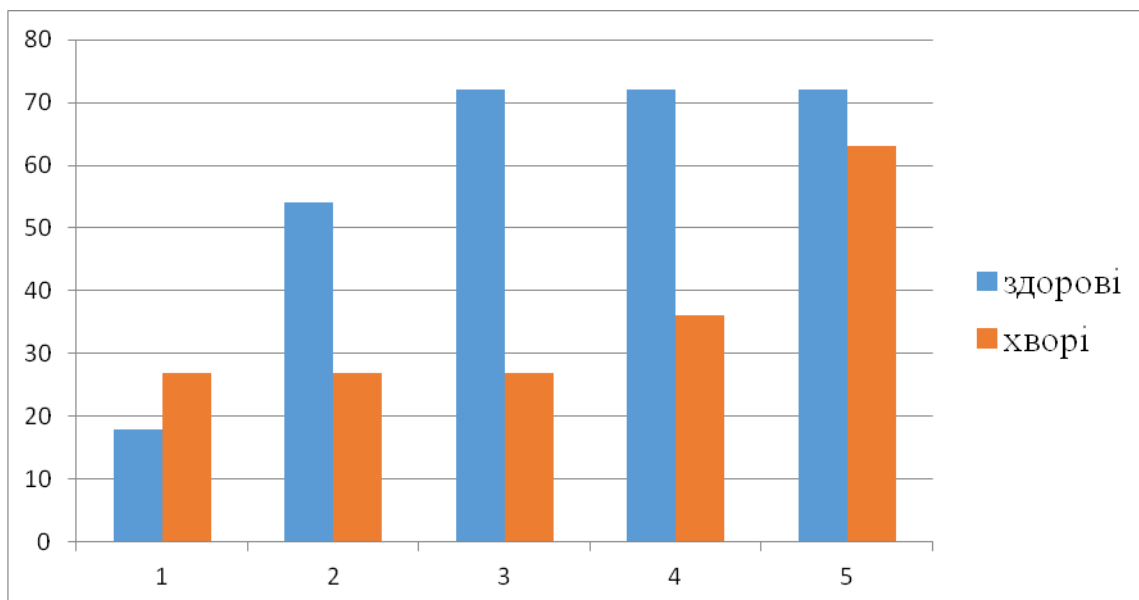


Рис. 2.9 Діаграма рівня роздратування у хворих і здорових людей

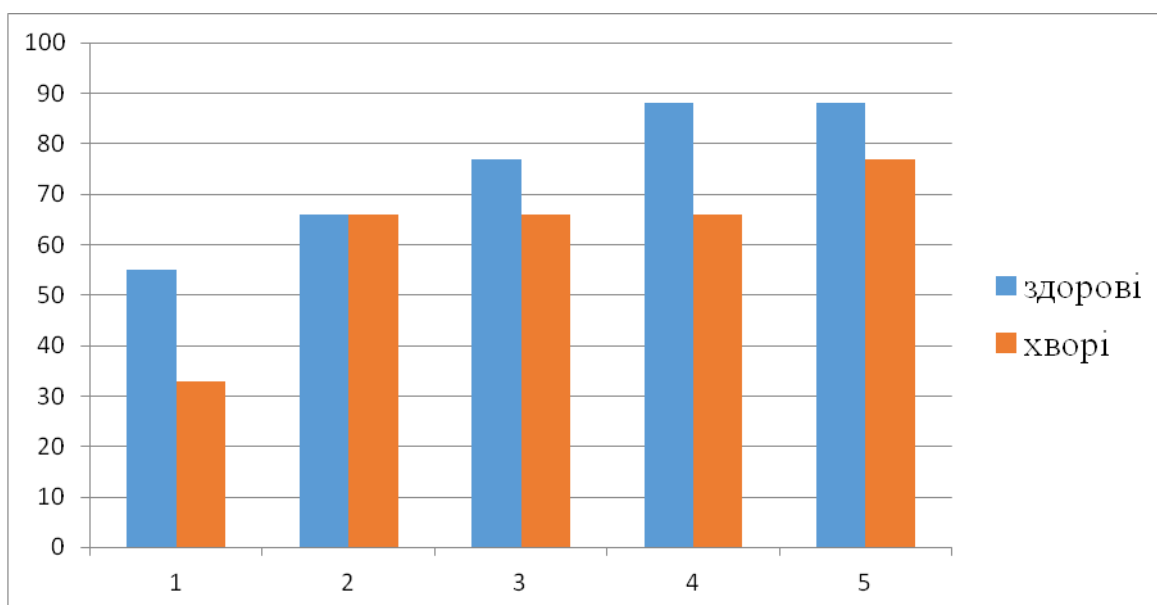


Рис. 2.10 Діаграма почуття провини у хворих і здорових людей

Згідно з результатами тесту рівень підозрілості (див. діагр.2.11) вищий у здорових людей, а рівень образливості (див. діагр.2.12) вищий у опитаних осіб з серцево-судинними захворюваннями. Разом ці показники складають індекс ворожості (див. діагр.2.13).

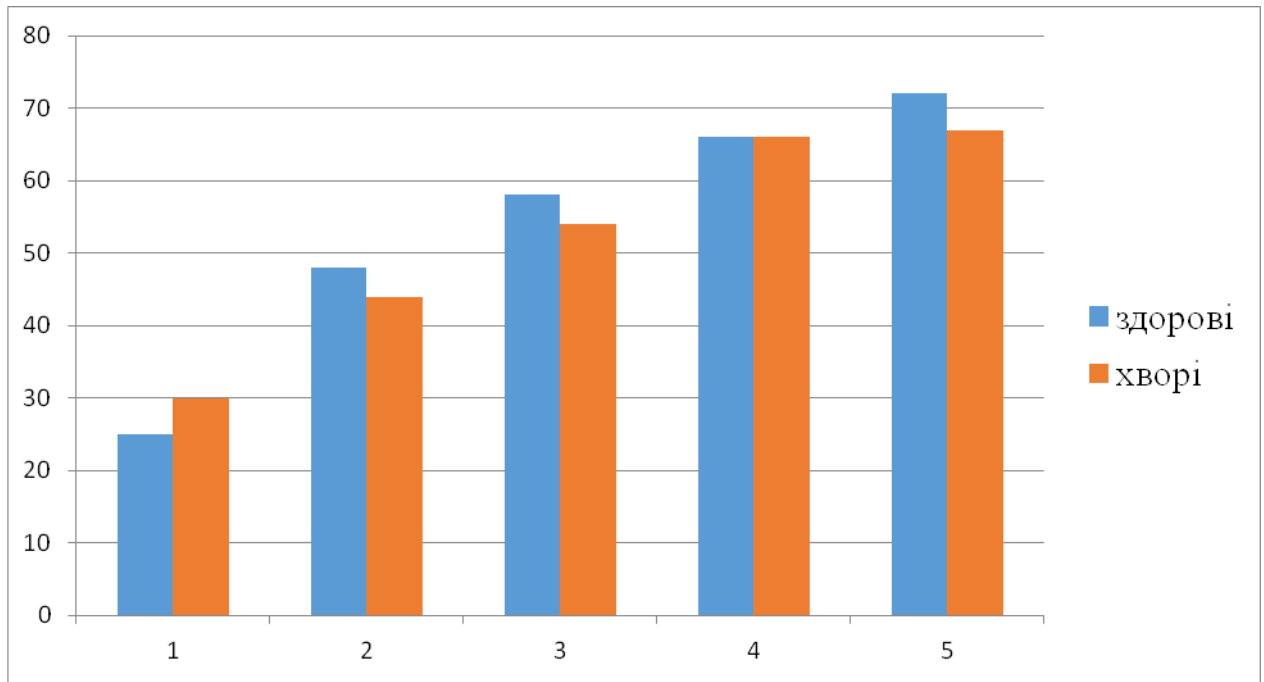


Рис. 2.11 Діаграма рівня підозрливості у хворих і здорових людей

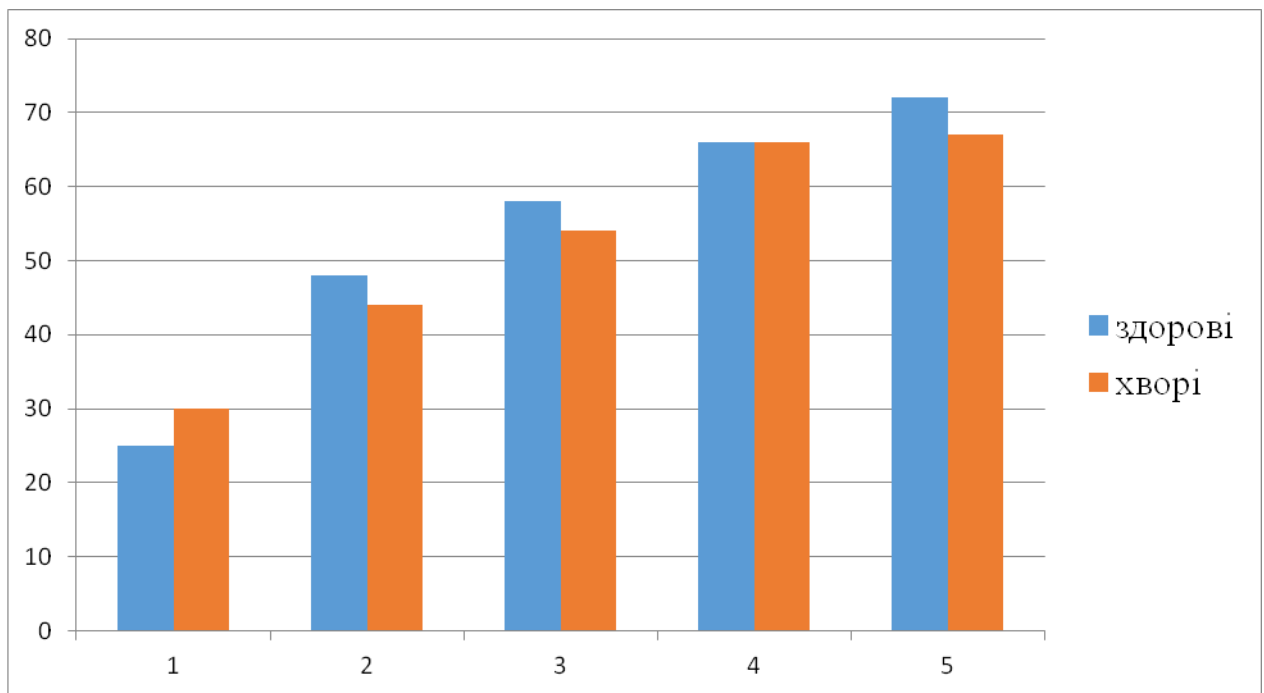


Рис. 2.12 Діаграма рівня образливості у хворих і здорових людей

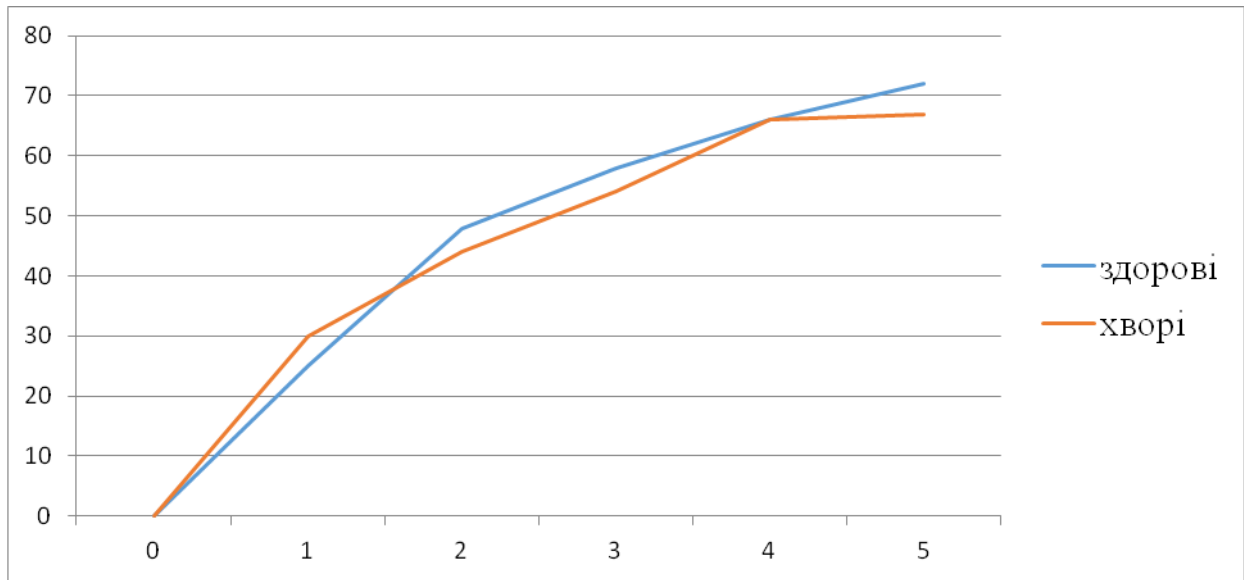


Рис. 2.13 Діаграма індексу ворожості у хворих і здорових людей

Отже, на основі результатів проведеного дослідження та аналізу літературних джерел можна визначити характерні особливості особистості з серцево-судинними захворюваннями: середній з тенденцією до високого чи високий рівень тривожності; низький рівень самооцінки та самоповаги; стратегії примусу або втечі при вирішенні конфліктних ситуацій; високий рівень негативізму, роздратування, підозріливості, образливості та почуття провини; дуже високий чи дуже низький показники агресивності.

2.3 Психологічні основи тренінгу з розвитку саморегуляції студентів

В сучасному світі швидких змін в освітньому просторі, при потребі в необмежених емоційних контактах, при відсутності балансу між інформаційним напруженням та станом розслаблення, відпочинку необхідно визнати стресовий характер сучасного життя. Довготривале переживання стресових ситуацій є причиною виснаження нервової системи, виникнення нервово-м'язової напруги по тілу, як наслідок появи психічних та соматичних захворювань.

Сучасна молода людина має володіти знаннями та уміннями самовідновлення своєї емоційної рівноваги, розуміти вплив стресових емоцій на власне здоров'я, використовувати власні способи зняття емоційної напруги

та розвантаження, вміти трансформувати негатив в позитивні емоції та думки. Ці знання та уміння дадуть можливість студентам зберегти внутрішній гармонійний, спокійний, врівноважений стан, відповідно, своє психічне та фізичне здоров'я.

Зміст програми базується на конституційному праві збереження і зміцнення здоров'я населення. Охорона здоров'я визнається одним із пріоритетних напрямів державної політики та одним із основних факторів національної безпеки країни (зокрема, у п. 6 ст. 92 Конституції України від 28 червня 1996 р., ст. 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 р., ст.7 Закону України «Про основи національної безпеки України» від 19 червня 2003 р., Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженій Указом Президента України від 7 грудня 2000 р., Указі Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 6 грудня 2005 р., Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації», затвердженій Постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р.).

Метою програми є розширення психологічну компетентності студентів щодо взаємозв'язку між стресовим емоційним станом та здоров'ям людини, розкрити основні методи психічної саморегуляції та сприяти розвитку антистресового мислення збереження психічного та фізичного здоров'я.

Основними завданнями програми визначено:

- поглиблення знань студентів із психосоматики про вплив стресових психологічних факторів на виникнення та динаміку психосоматичних захворювань;
- розвиток почуття власної відповідальності за збереження власного психічного та фізичного здоров'я;
- формування спроможності до рефлексії впливу стресового деструктивного стану, руйнівних емоцій на появу психосоматичних захворювань;
- набуття вміння використовувати методи психічної саморегуляції;

- розвиток вміння трансформувати внутрішній негатив у гармонійний психоемоційний стан, у позитивні думки та емоції;
- розвиток вміння відновлювати свою психічну рівновагу, ресурсний, гармонійний стан;

Програма складається з 1 (одного) навчального модуля. Модуль містить відповідні теми теоретичного та практичного спрямування. Реалізація програми відбувається у форматі психологічного тренінгу, що передбачає розгляд лекційного та практичного матеріалу.

Програмні психологічні компетентності на основі проходження тренінгу

- Здатність розуміти взаємозв'язок між стресовим емоційним станом та здоров'ям людини.
- Здатність екологічно виходити зі стресових та конфліктних ситуацій.
- Здатність використовувати методи саморегуляції.
- Здатність до самостійного мотивування щодо керування власним психоемоційним станом та потребою перебувати у ресурсному гармонійному стані з собою та оточуючим світом.
- Здатність зберігати та зміцнювати психічне та фізичне здоров'я.
- Здатність розуміти принцип цілісності при розгляді психосоматичних хвороб.
- Здатність розвивати уміння самостійно трансформувати негатив в гармонійний психоемоційний стан.
- Навчатися та працювати над внутрішніми змінами самостійно.

Зміст та навчальні елементи програми

Тема 1. Психосоматика про взаємозв'язок між стресовим емоційним станом та здоров'ям людини.

Розкрити поняття «стрес», «психосоматика», «ефект переносу», «ефект скрученої пружини». Наслідки стримування негативних емоцій. Психосоматичні хвороби як наслідок витіснених негативних емоцій за даними психологів Л.Хей, В.Сінельнікова, Л.Бурбо, С.Лазарева, С.І.Лосева. Конструктивні (екологічні) способи вираження емоцій.

Тема 2. Діагностичні тести.

Шкала психологічного стресу PSM-25. Тест самооцінки стресостійкості (С.Коухена, Г.Вілліансона). Чарівна країна почуттів (Т.Грабенко, Т.Зінкевіч-Євстігнеєва, Д.Фролов). Риси емоційного інтелекту (К.В. Ретрідес).

Тема 3. Особливості розвитку саморегуляції з метою збереження психічного та фізичного здоров'я.

Саморегуляція – це управління своїм психоемоційним станом, який досягається шляхом впливу людини на саму себе за допомогою слів, уявних образів, управління м'язовим тонусом і диханням.

Психічна саморегуляція (від лат. «regulare» — приводити до порядку, налагоджувати) — це функціонування живих систем різних рівнів організації та складності. Емоційно- психічна саморегуляція здійснюється в єдності її енергетичних, динамічних та змістовно-сенсових аспектів.

Саморегуляція являє собою інформаційний процес, носіями якого виступають різноманітні психічні форми відображення дійсності. В залежності від мети саморегуляція може реалізовуватися різними психічними засобами (конкретні чуттєві образи, уявлення, поняття та ін.). Прийнята суб'єктом мета однозначно не визначає умов, необхідних при побудові програми виконавчих дій; при подібних моделях значущих умов діяльності можливі різноманітні способи досягнення одного й того ж результату і т. д.

Практичні рекомендації по розвитку антистресового мислення та вміння керувати власним психоемоційним станом.

Тема 4. Основні методи психічної саморегуляції.

Розкрити значення дихальної гімнастики, нервово-м'язової релаксації, медитації, аутотренінгу, методу самонавіювання. Розглянути та використовувати вправи для саморегуляції, які були запропоновані вченими Л.Персівалем, Г.Д.Горбуновим, Р.Деметером, В.Марищуком, О.Черніковою. Див. Додаток

Програмні результати навчання

- знання про взаємозв'язок між стресовим емоційним станом та здоров'ям людини;
- знання про екологічний (конструктивний) алгоритм виходу зі стресових та конфліктних ситуацій;
- знання основних методів психічної саморегуляції та практичні уміння в їх застосуванні;
- знання про психосоматичний напрям, про принцип цілісності душі та тіла, фізичного та психічного;
- усвідомлення відповідальності за власне психічне та фізичне здоров'я;
- знання про різницю між емоціями, які руйнують та оздоровлюють організм людини;
- уміння самостійно трансформувати негатив в гармонійний психоемоційний стан;
- уміння відновлювати свою психічну рівновагу та перебувати у ресурсному, енергетично потужному, гармонійному стані;
- самостійне мотивування до постійного керування власним психоемоційним станом та потребою перебувати у ресурсному гармонійному стані з собою та оточуючим світом.

Висновки до розділу 2

Проблема підвищеної тривожності є однією з найбільш актуальних проблем сьогодення. Тривожність часто призводить до зниження працездатності та продуктивної діяльності, до труднощів у спілкуванні. Емпіричне дослідження доводить, що підвищена тривожність не завжди залежить від типу нервової системи чи типу мотивації. Рівень тривожності знаходиться у великій залежності від соціальних факторів життя студентів. Досліджувані студенти з виявленою тривожністю мають низький рівень навчальних досягнень, на заняттях вони швидко втомлюються, неуважні, пасивні, бояться швидкого темпу виконання завдань. Це свідчить про

порушення процесів адаптації та схильність до розвитку психосоматичних розладів.

У 91% студентів з підвищеною і високою тривожністю висока інтенсивність соматичних скарг підтвердилася медичним діагнозом, що зумовлює велику кількість пропущених навчальних занять через хворобу. У більшості випадків тривога була пусковим механізмом, що провокує розвиток важких соматичних захворювань.

Дані, що були отримані в результаті проведення експериментально-психологічних досліджень, дозволяють виділити особливості особистості з серцево-судинними захворюваннями.

Аналізуючи анкети студентів, які мали підтверджений діагноз серцево-судинного захворювання можна зробити наступні висновки: поштовхом для прояву спадкових серцево-судинних захворювань може стати перенесений стрес, стенокардія є психосоматичним захворюванням. Серед 15 опитаних хворих осіб шестеро мають хвороби спадкового характеру, четверо з них зазначили, що причиною прояву хвороби був стрес. Четверо опитаних хворі на стенокардію і зазначають, що причиною хвороби стали стресові ситуації.

На основі результатів проведеного дослідження та аналізу літературних джерел можна визначити характерні особливості особистості з серцево-судинними захворюваннями: високий рівень тривожності; низький рівень самооцінки та самоповаги; стратегії примусу або втечі при вирішенні конфліктних ситуацій; високий рівень негативізму, роздратування, підозріливості, образливості та почуття провини; дуже високий чи дуже низький показники агресивності.