

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ
СТУСА

ДІМІТРИУ СІЛЬВІЯ ДМИТРІВНА

Допускається до захисту:
завідувач кафедри психології
д.економ.н.,к.психол.н.,професор
_____В.А. Оверчук

«___» _____ 20__ р.

ОБРАЗ «Я» У ЛЮДЕЙ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Спеціальність 053 Психологія

Кваліфікаційна (магістерська) робота

Науковий керівник:
Остополець І.Ю.,
кандидат психологічних наук,
доцент

Оцінка: _____ / _____ / _____
(бали/за шкалою ЕКТС/за національною шкалою)

Голова ЕК: _____
(підпис)

Вінниця 2022

Дімітріу С.Д. «Я» образ у людей із психосоматичними розладами.

У магістерській роботі розкрито теоретичні та емпіричні результати вирішення проблем становлення «Я» образу людей, які мають психосоматичні розлади. Проаналізовано чинники, що впливають на виникнення психосоматичних розладів їх психологічні особливості, розкрито соціально-психологічні виміри ставлення особистості до себе, які були виявлені під час проведення дослідження. Встановлено особливості впливу особистісних якостей, які зумовлюють порушення «Я» образу. В роботі представлено основні психологічні характеристики і особистісні риси людей з психосоматичними розладами. Описано зміст і методи реабілітації людей із психосоматичними розладами, внаслідок порушення образу «Я».

Ключові слова: образ «Я», психосоматичні розлади, особистість, самооцінка, самосвідомість, упевненість у собі.

Dimitriu S.D. The master's thesis reveals the theoretical and empirical results of solving the problems of self-image formation of people with psychosomatic disorders. The factors affecting the occurrence of psychosomatic disorders and their psychological features are analyzed, the socio-psychological dimensions of the individual's attitude towards himself, which were revealed during the research, are revealed. The specifics of the influence of personal qualities that lead to a violation of the self-image have been established. The work presents the main psychological characteristics and personality traits of people with psychosomatic disorders. The content and methods of rehabilitation of people with psychosomatic disorders due to violation of the "self-image" are described.

Key words: self-image, psychosomatic disorders, personality, self-esteem, self-awareness, self-confidence.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	2
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ОБРАЗУ «Я» У ЛЮДЕЙ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	12
1.1. Теоретичні дослідження поняття та змісту образу «Я» у сучасній психології.....	12
1.2. Основні чинники, що впливають на виникнення психосоматичних розладів.....	20
1.3. Психологічні особливості образу «Я» у людей з психосоматичними розладами.....	26
Висновки до розділу 1.	30
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОБРАЗУ «Я» У ЛЮДЕЙ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	32
2.1. Програма дослідження, характеристика вибірки та методів.....	32
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження формування образу «Я» у людей з психосоматичними розладами	39
Висновки до розділу 2.....	49
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИ МИ РОЗЛАДАМИ З ПОРУШЕННЯМИ ОБРАЗУ «Я».....	52
3.1. Основні завдання зміст та методи роботи з реабілітації осіб з психосоматичними розладами	52
3.2. Програма психологічного тренінгу групової психотерапевтичної роботи.....	55
3.3. Результати апробації програми реабілітації осіб з психосоматичними розладами.....	59
Висновки до розділу 3.....	67
ВИСНОВКИ.....	69

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ПОСИЛАНЬ.....	73
ДОДАТКИ.....	79



ВСТУП

Актуальність

Виникнення психосоматичних розладів у людей є дуже поширеним явищем. Особливо це характерно для країн з високим рівнем життя. До того ж, у наш час спостерігається стійка тенденція до збільшення кількості людей, що мають психосоматичні розлади, у зв'язку з прогресуючою стресогенністю суспільства.

Походження психосоматичних розладів та фізичний характер симптомів захворювання мають велике значення як у поліклінічних, так і в стаціонарних мережах. За статистикою 1/3 пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою, в основному страждають на емоційні розлади [26].

Частота психосоматичних розладів коливається від 15% до 60% у загальній чисельності населення та від 30% до 57% за першого звернення хворих за медичною допомогою. Серед контингенту багатопрофільних стаціонарів психосоматичні розлади виявлено у 53,6% випадків пацієнтів.

За об'єднаними даними ВООЗ, від 38% до 42% всіх пацієнтів, які відвідують кабінети соматичних лікарів, належать до групи психосоматиків. За останні 25–30 років спостерігається різке зростання числа психосоматичних хворих. Це стосується перш за все захворювань шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, хронічних неспецифічних захворювань і ендокринних розладів. Характерно, що пацієнти, які страждають від психосоматичних захворювань, тривалий час, а іноді навіть роками, безуспішно лікуються у лікарів різних спеціальностей, мігруючи від одного до іншого [5].

На сьогоднішній час кожна людина щодня переживає багато стресових ситуацій. Все це викликає перенапруження функцій життєво важливих систем організму людини. Часто вона не в змозі адаптуватися до них. Нажаль, це може зумовити виникнення соматичних та психічних розладів. Причина психосоматичних розладів – сильні емоційні переживання, стрес та моральні травми. Причому, коли психіка людини не

справляється з проблемами, негатив відкладається у підсвідомості та проявляється у вигляді «збоїв» організму [8].

У сучасній науці розділ психосоматики представляють дослідження, що висвітлюють ставлення людини до себе, зокрема самооцінка та її роль у житті людини в патогенезі соматичних захворювань, зв'язок патохарактерологічних і поведінкових особливостей з чутливістю або стійкістю до певних соматичних захворювань, залежність реакції на хворобу від типу особистісного складу, віку, вплив деяких методів лікування на психічний стан особистості [19].

Особливості виникнення та розвитку психосоматичних розладів внаслідок порушення «Я» образу викладені в працях таких сучасних зарубіжних дослідників Е. Вульф, К. Кіскер, М. Лінден, В. Мейнснер, Р. Персаунд, Г. Розе, Г.Фрейбергер, Е. Шортер, Д. Бекоєва (вивчення причин і особливостей психосоматичних розладів), С. Дьомін (дослідження особистісних особливостей пацієнтів з різними психосоматичними станами), Б. Карвасарский (дослідження симптомів при психосоматичних хворобах), Н. Русіна (психотерапія пацієнта психосоматичного профілю), Д. Колесніков, С.Рапопорт, Л. Вознесенська (дослідження особливостей психосоматичних захворювань) та ін.

Серед українських вчених, що вивчають психосоматичних хворих можна відзначити Д. Харченко (дослідження психологічних та психофізіологічних особливостей осіб із психосоматичними розладами), К. Проноза (дослідження особливостей реабілітації психосоматичних хворих), Л. Перетятко та М. Тесленко (дослідження психосоматичних розладів), І. Савенкова (хронопсихологічне прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних хворих), А. Шевчук (психосоматичні порушення у постраждалого населення внаслідок надзвичайної ситуації) та ін.

В роботі Б.В. Купріянова розглядається соціальне виховання дітей з психосоматичними розладами в установі додаткової освіти. Особливості соціалізації в установах додаткової освіти в контексті вивчення проблеми

психосоматичних розладів у дітей досліджували: І.А. Маслова, А.В. Мудрик, А.Т. Паршиков та ін.

Таким чином, проблема виникнення психосоматичних розладів внаслідок порушення «Я» образу у людини викликає багато інтересу у дослідників, однак є недостатньо вивченою.

Мета: особливості впливу «Я» образу на виникнення психосоматичних розладів та реабілітація психосоматичних хворих.

Завдання:

1. Проаналізувати наукові підходи до проблеми формування образу «Я» та особливостей його впливу на виникнення психосоматичних розладів;
2. Виділити діагностичні критерії аналізу психологічних особливостей осіб з психосоматичними розладами;
3. Проаналізувати особливості структури образу «Я» у людей з психосоматичними розладами;
4. Дослідити та виявити основні чинники, що впливають на виникнення психосоматичних розладів ;
5. Скласти програму по реабілітації людей із психосоматичними розладами внаслідок порушення образу «Я»;
6. Визначити результативність авторської програми реабілітації та встановити найбільш ефективні методи роботи із психосоматичними хворими.

Об'єкт: «Я»образ особистості

Предмет: особливості порушення «Я» образу та методи реабілітації осіб з психосоматичними розладами

Гіпотеза: існують індивідуально-психологічні відмінності людей з порушеним «Я» образом та осіб, у яких він в нормальному стані. Спотворене самосприйняття особистості, низька самооцінка можуть стати причиною виникнення психосоматичних розладів.

Реабілітація психосоматичних розладів особистості, які негативно впливають на її професійну діяльність, загальне самопочуття та

психологічне здоров'я можливе за умов проведення цілеспрямованої роботи, яка базується на використанні різноманітних засобів реабілітації, в тому числі активного соціально-психологічного навчання і тренінгової роботи.

Методи і методики дослідження.

У роботі були використані наступні методи:

- теоретичні – аналіз, співставлення, класифікація й узагальнення теоретичних та експериментальних даних;
- емпіричні – тестування, опитування, включене спостереження, анкетування, бесіда;
- формуючі (соціально-психологічний тренінг та активне соціально-психологічне навчання);
- методи математико-статистичної обробки даних.

У дослідженні використовувалися наступні методики: Методика багатофакторного дослідження особистості Р. Кеттелла (форма А), Шкала депресії Гамільтона (HAMD), Анкета вивчення факторів, які призвели до проблем здоров'я, оцінка потреб пацієнта в реабілітації, модальний аналіз існуючих проблем пацієнта, Шкала соматичних симптомів – Somatic Symptom Scale – 8 (SSS-8), методика Вербальна діагностика самооцінки особистості (Н.П. Фетіскін, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов), методика Т. Лірі («Діагностика міжособистісних відносин»)

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечена комплексним підходом до предмету вивчення, застосуванням методів, адекватних завданням дослідження, широким спектром використаних психодіагностичних методик, достатнім обсягом виборки та її репрезентативністю, сучасними методами організації експерименту і статистичної обробки результатів.

Наукова новизна полягає в тому, що:

- вперше предметом теоретичного та експериментального дослідження стало вивчення особливості порушення образу «Я» осіб з психосоматичними розладами та шляхів і засобів їх реабілітації.
- доповнено наукові знання про структуру «Я» образу, особливості впливу на соматичний стан людини.
- визначено комплекс методик для діагностики рівня самоставлення індивіда, його уявлення про себе та рівня його самооцінки.
- обґрунтовано доцільність і розкрито можливості використання методів групової реабілітації, з метою корекції «Я» образу людини, та поліпшення соматичного здоров'я.
- розроблено й апробовано авторську програму реабілітації осіб з психосоматичними розладами, спрямовану на розвиток особистості, стійке підвищення самооцінки та адекватного самоставлення, яка призведе до формування позитивної оцінки свого «Я» образу.

Теоретичне значення роботи полягає у:

- розширенні та поглибленні наукових знань про «Я» образ особистості та його змістовні характеристики;
- встановленні зв'язку між образом я та особливостями виникнення психосоматичних розладів особистості;
- визначенні особливості формування у особистості уявлення про себе та його впливу на соматичний стан людини;
- розробці комплексної програми, яка націлена на поліпшення соматичного та психічного здоров'я людини.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що отримані в роботі наукові дані, розроблена експериментальна програма, яка має на меті формування у людини позитивної оцінки свого «Я» образу, можуть бути використані в підготовці майбутніх психологів у вищому навчальному закладі, в системі підвищення кваліфікації психологів, роботі практичного психолога в закладах охорони здоров'я та соціального забезпечення.

Запропонована програма діагностики та подолання наслідків спотвореного самосприйняття та порушеного образу «Я» може допомогти практичним психологам у проведенні психотерапевтичних і реабілітаційних заходів з особами, що мають психосоматичні розлади. Описані в програмі методи можуть бути використані у психологічній роботі з людьми з метою рефлексії уявлень про себе, як особистості, розширення уяви людей про себе, свої сильні сторони, сприяння формуванню адекватної самооцінки та самоставлення та подолання негативної установки про особистий Я-образ.

Положення, які виносяться на захист.

1. «Я» образ – система відносно стійких усвідомлюваних, рефлексивних уявлень індивіда про себе як частини особистості, а також поведінка людини, її практичне ставлення до себе та інших.
2. Люди з низькою самооцінкою мають великий ризик набутти психосоматичних розладів. Так, внутрішній конфлікт, пригнічений настрій, відчуття особистої меншовартості негативно впливає на психологічне здоров'я, почасти, спричиняючи психосоматичні розлади.
3. Спотворений «Я» образ і негативне самосприйняття може стати причиною функціональних і психосоматичних розладів, що негативно впливають на перебіг і симптоматику таких захворювань як гіпертонія, шлунково-кишкові захворювання, мігрень і головний біль, серцевий біль та інші хвороби.
4. Реабілітаційно-психокорекційна робота сприяє підвищенню показників самоставлення, усвідомлення себе, як цінного Я, а також досягнення психоемоційної стійкості особистості у вирішенні життєвих труднощів та здатності керувати переживаннями. Мета реабілітаційної роботи полягає у відновленні здоров'я хворого пацієнта, підвищення рівня усвідомлення пацієнтами особистісної самоцінності, а також повернення до нормального способу життя, без психосоматичних розладів.

Апробація результатів дослідження.

Основні положення роботи доповідалися, були обговорені на обласній науково-практичній конференції у серії «Психологічні науки».

Теоретичні підходи до дослідження, його експериментальні результати обговорювалися на протязі 2021-2022 років на засіданнях кафедри психології Донецького Національного Університету імені Василя Стуса.

Публікації. Результати дослідження відображено у Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєдіяльності», та у Віснику Донецького національного університету імені Василя Стуса» у серії «Психологічні науки».

Структура та обсяг роботи визначається метою та завданнями дослідження. Магістерська робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (51 найменування, з них 7 іноземною мовою) та додатків, проілюстрована 11 таблицями, 3 рисунками.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ОБРАЗУ «Я» У ЛЮДЕЙ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

1.1 Теоретичні дослідження поняття та змісту образу «Я» у сучасній психології

У науковій літературі поняття образ «Я» з'явилося у зв'язку з необхідністю дослідження і опису глибинних психологічних структур і процесів особистості. Воно використовується разом з такими поняттями, як «самосвідомість», «самооцінка», «Я-концепція», Я, «картина Я», «уявлення про себе» і нерозривно з ними пов'язано. Зміст і обсяг поняття образу «Я» до теперішнього часу залишаються дискусійними.

Внесок у дослідження цього феномена внесли безліч вчених [16,17], які так чи інакше висвітлювали питання самосвідомості особистості і вивчали образ Я з різних позицій. Він пов'язаний зі ставленням до себе або до окремих своїх якостей, самооцінкою або прийняттям себе.

Те, як індивід бачить, уявляє самого себе, свою поведінку і свої внутрішні переживання, можна об'єднати поняттям «Я» образу. Він, будучи інтегративною особистісною характеристикою, змістовно розглядається вже понад півтора століття, залишаючи вченим вільний простір для роздумів. Він описується як структурне утворення і як процес і як динамічна характеристика самосвідомості яка зумовлює уявлення про себе особистості [4]. Треба розуміти, що виділяючи поняття Я образу, психолог отримує лише віддалене уявлення про справжні утворення психіки, відображених в понятті Я. У нормі «Я» образ представляє цілісне утворення.

Я-образ - це глобальна самооцінка. «Я» образ може бути адекватним і неадекватним, реальним і ідеальним, структурованим і дезінтегрованим і т. д. Практично будь-який з образів «Я» має складну, неоднозначну за своїм походженням будову [2].

Науковці, а саме О. Зінченко та С. Друзь зазначають, що аналіз підсумкових продуктів самосвідомості, які виражаються в побудові уявлень про самого себе, здійснюється або як пошук видів і класифікацій образів «Я», або як пошук «вимірювань» (тобто змістовних параметрів) цього образу.

Разом з тим, маючи досить чіткі характеристики, «Я» образ не є щось закінчене і незмінне, оскільки в різні періоди свого життя, більш того, якщо говорити точно, то в кожному мить уявлення індивіда про самого себе змінюється і не є постійним або фіксованим. Іншими словами, він тісно прив'язаний до тимчасового параметру і тимчасової динаміки, поза часовими рамками характеристика я образу відносна[1]. У наукових дослідженнях, що охоплюють групу осіб, «Я» образ фактично представляє дещо усереднений типаж. Цей типаж виглядає статистично значущим утворенням, схильним до зміни в ті чи інші сторони.

Даний образ, як вже вище зазначалось, є центральною ланкою, що акумулює знання людини про саму себе. У кожній людини є свій особистий образ, який складається в процесі діяльності і спілкування, забезпечуючи людині єдність і тотожність самого себе у вирії мінливих подій.

Скласти про самого себе єдине несуперечливе уявлення дуже не просто. Людина отримує інформацію про себе з різних джерел. Зазвичай ці джерела - це думки оточуючих, які, звичайно ж, упереджені і мають своє власне уявлення як результат досвіду, успішного або невдалого, а також порівняння себе з іншими людьми. Слід мати на увазі два основних джерела розбіжностей в уявленні про себе [4,5].

Людина існує в декількох групах, має різні ролі, по-різному себе проявляє. Чим більше соціальних ролей у людини, чим більше груп, до яких він належить, і чим сильніше вони відрізняються один від одного, тим більше розбіжність у думках про дану людину і тим важче людині скласти думку про самого себе, тобто людина використовує різні підстави при описі своїх і чужих якостей, до прикладу: свої - орієнтація на ситуацію («а

що я міг зробити в цій ситуації?»), чужі - на характеристику всієї особистості («у цій ситуації він проявив своє справжнє обличчя!»). Образ Я включає в себе я-фізичне, я-психічне, я-соціальне [6,29]. Як психологічний феномен він має структуру, в якій кожен елемент займає певне місце.

Розглядаючи детальніше, фізичне Я являє собою переживання свого тіла як втілення Я, образ тіла, переживання фізичних дефектів, свідомість здоров'я чи хвороби [6]. Щодо психічного Я можемо сміливо стверджувати, що це частина Я, яка містить лише знання про психологію людини. Сучасна психологія відводить поняттю Я роль у мотивації, пізнанні та соціальній ідентифікації людини.

Поняття Я складається з багатьох компонентів, таких як самопізнання, самооцінка, та самосвідомість. Загальний термін, що використовується декількома способами, всі з яких відображають певний аспект взаємодії суспільства та особистості сміливо можна віднести до терміну Я соціальне [33]. Це ті аспекти Я, які значною мірою визначаються соціальними цінностями та впливом суспільства або інакше кажучи, це ті компоненти особистості, які індивід вважає важливими у соціальних взаємодіях.

Психологи спочатку виділяють структуру, а потім як би нанизують на неї зміст якостей, ознак в різних сферах проявів людського Я.

Структура образу Я включає:

1. опис стійких якостей і мінливих ознак, що відносяться до трьох взаємопов'язаних сфер:
 - а) пізнавальної (наприклад, розумний, уважний);
 - б) емоційно-вольової (наприклад, врівноважений, відповідальний);
 - в) поведінкової (наприклад, рішучий, товариський);
2. самооцінку (окремих якостей і особистості в цілому);
3. самовизначення: погляд людини на свої можливості і перспективи;
4. реальну поведінку як практичне ставлення до себе та інших.

Пізнання самого себе, це насамперед глибокий раціональний процес. Здавалося б, для успішної діяльності і життя в цілому людина зацікавлена в об'єктивному знанні самої себе, своїх якостей і власних перспектив [15].

Але, виявляючи свої якості, вона мимоволі оцінює їх, неминуче зачіпає своє самолюбство, самоповагу і ще цілу купу почуттів, тобто при цьому включається емоційна сфера. Цей процес не з легких. Фізичний біль лікарі навчилися блокувати, але душевний біль буває настільки ж нестерпний.

Людина володіє різними способами захисту свого Я від будь-якого посягання, будь то зсередини або ззовні, причому ці механізми спрацьовують незалежно від її бажання.

Образ Я—це також і поведінка людини, практичне ставлення до себе та інших. Людина може сприймати себе як далеку, не боязку і благородну до тих пір, поки не відбулася якась подія, яка показала, що все не так просто. Але і тут людина знаходить лазівку для збереження свого позитивного образу.

Образ «Я» має на увазі ще й оцінку своїх якостей, ознак, а отже, перспектив і можливостей. До якої сфери саме, чи то пізнавальної, емоційної або поведінкової відноситься самооцінка, питання не з легких. До будь-якої. Ця частина Я часом виявляється неадекватною і служить засобом не стільки оцінки, скільки психологічного захисту. Бажання мати позитивний образ «Я» нерідко спонукає людину перебільшувати свої переваги і закривати очі на недоліки.

Чим важливіше для особистості оцінювана властивість, тим імовірніше включення в процес самооцінки механізмів психологічного захисту. Розвиток особистості передбачає створення більш-менш достовірного образу Я. Відомо, що з віком адекватність самооцінки підвищується. У зрілих людей вона більш реалістична і об'єктивна, змінюються і її критерії, позначаються життєвий досвід, розумовий розвиток і уточнення рівня домагань, приведення його у відповідність з

реальністю. Але тенденція не є лінійною і обов'язковою. Знати про себе все неможливо, як не можна побудувати образ «Я» раз і назавжди. Людина постійно змінюється, відмовляється від чогось віджитого, усталеного і набуває щось нове, більш перспективне. Тому і образ Я, щоб відповідати, повинен переглядатися і змінюватися.

Таким чином можна підсумувати:

1. Образ «Я» включає три головних виміри: теперішнє я (яким людина бачить себе в даний момент), бажане я (яким би хотів себе бачити), що представляється я (яким він показує себе ін.). Всі три виміри співіснують в особистості, забезпечуючи її цілісність і розвиток;
2. Образ «Я» розглядається як набір всіх знань і уявлень про себе, включає в себе хороші Я, погані Я, надії на набуття певних Я, натомість Я, яких людина боїться і Я, яким вона має бути і інші подібні уявлення про себе постійно доступні для усвідомлення.
3. Окрім цих, стійких і усвідомлюваних уявлень про себе, робочий «Я» образ містить уявлення, які, не залежно від того, «раціональні», «точні» вони, чи ні, є в даний момент активними а отже, з великою імовірністю впливають на інтерпретацію ситуації. На відміну від уявлень про себе, які є компонентами образу Я, вони не завжди доступні для усвідомлення;
4. Розрізняють індивідуальне Я (що включає біологічне, фізичне, фізіологічне і психологічне) і соціальне Я. Складаючись як відображення соціальних оцінок, соціальне Я регулює соціальне самопочуття, настрій і поведінку особистості, впливає на індивідуальне Я;

Найбільш відомим розрізненням образів Я, є розрізнення Я-реального і Я-ідеального, яке так чи інакше присутнє вже в роботах видатних дослідників, таких як У. Джемс, З. Фрейд, К. Левін, К. Роджерс і багатьох інших, а також запропоноване У. Джемсом розрізнення «матеріального Я» і «соціального Я». Більш ширша класифікація образів запропонована М.

Розенбергом: «справжнє Я», «динамічне Я», «фактичне Я», «ймовірне Я», «ідеалізоване Я».

Нагібіна Н. виокремлює компоненти Я-образу, відповідно сферам психіки:

1. Когнітивний компонент складають структури і якості образу Я, пов'язані з характеристиками пізнавальної сфери (самосвідомість, самосприйняття, Я-реальне, самопізнання, самоаналіз, самоконтроль, самоспостереження, самонавіювання і т. п.)
2. Емоційний компонент складають структури і якості образу Я, пов'язані з характеристиками емоційно-вольової сфери (самовідчуття, самопочуття, самовладання, самоконтроль, саморегуляція і т.п.).
3. Ціннісний компонент складають структури і якості образу Я, пов'язані з характеристиками ціннісно-мотиваційної сфери (самоприйняття, Я-ідеальне, самоствердження, самоповага, самовиховання, самовизначення, саморозвиток, самоактуалізація).
4. Поведінковий компонент складають структури і якості образу Я, пов'язані з характеристиками організації поведінки (самопідкріплення, самоефективність, самоорганізація, самопрезентація, самостійність, самодетермінація).

Людина вважається самореалізованим, якщо я-образ адекватний і максимально гармонійний у всіх своїх компонентах: когнітивному, емоційному, ціннісному і поведінковому і спрямований на досягнення Я-ідеального.

Впевненість у собі, позитивне уявлення про себе формується в процесі набуття особистісного досвіду людини, виховання, самовиховання [36]. Цей психічний стан може з'явитися у людини і поза контролем свідомості, під впливом навіювання. Позитивна самооцінка може виникати шляхом самонавіювання (наприклад, аутогенного тренування).

Позитивні емоції, що супроводжують прояви впевненості, допомагають їй розвитку як особистої якості, залежно від різноманітності форм

діяльності, величини кола спілкування та захопленості ним, прагнення до вирішення інтелектуальних завдань з вірою в успіх і сприйняття людьми себе як особистостей «живих, веселих, успішних, цінних».

У психології вивчення феномену образу «Я» входило у загальну форму Я-концепції, ініційовану В. Джеймсом, саме вона є фундаментом таких течій, як прагматизм та функціоналістська філософія.

З цим феноменом вчені об'єднали емпіричне "Я", виділивши в його змісті матеріальний, соціальний та духовний аспекти. За його словами, до складу матеріального "Я" входять: друзі, члени сім'ї; всі об'єкти, з якими людина ідентифікує себе як особистість (одяг, майно тощо).

В особи може бути кілька соціальних Я. Їх відрізняє те, що вони залишаються незмінними і водночас можуть змінюватися. Тотожність особистості з кожним соціальним Я визначається конкретною ситуацією та її оточенням [38].

Здатність індивіда знаходити найбільш привабливу сторону свого Я і найчастіше поводитися так само, як це Я в різних ситуаціях, є важливою умовою і ознакою правильної поведінки.

Згідно з В. Джеймсом, Я — це та особиста безперервність, яку людина усвідомлює щоразу, коли прокидається. Усі психічні процеси починаються з людського Я, яке ширше за особистість людини. Тому що всі її знання та життєвий досвід відфільтровані у Я.

К. Кулі та Дж. Мід продовжили вивчення феномену «Я» образу у напрямку символічної взаємодії. Вчені вважали, що виникнення Я зумовлено взаємодіями для людей, і підкреслювали соціальні чинники у формуванні Я. Розуміння людиною свого Я тісно пов'язане з її розумінням суспільства.

Таким чином, Ч. Кулі обґрунтував теорію дзеркального "Я". У ньому основні компоненти "Я" визначаються як "як я бачу себе". Він висунув гіпотезу, що зміст дзеркального Я становлять думки людини про думку значущих про неї інших (його зовнішності, риси характеру, поведінці і т. д.)

Відповідно до Дж. Міда, розвиток Я є синтетичний психічний феномен, що веде до виникнення «Я» образу. Після В. Джеймса, вчені дотримуються думки, що зміст думок індивіда про Я залежить від його сприйняття значущим іншим.

У зв'язку з цим він наголошував, що індивіди дуже часто вибирають роль «значного іншого партнера», що визначається здатністю індивіда зрозуміти, як цей «узагальнений інший» (індивід чи група) сприймає себе.

Психологи вважають соціальну взаємодію первинною умовою формування особистості, а первинним механізмом є соціальні установки та норми, а також поведінка, яка враховує думку про нього[4].

За К. Роджерсом, людське Я є проявом прагнення людини підтримувати і зміцнювати власний організм. «Я» образ представляє сприйняття та розуміння людиною самого себе. В основі цього розуміння лежить життєвий досвід людини, що ґрунтується на минулих і справжніх ситуаціях та подіях.

Психологи також вказують на те, що "Я-концепція" пов'язана з очікуваннями та надіями людини на власне майбутнє.

Таке Я конструюється думками людини про власні бажання та плани на майбутнє. Натомість «Я-реальне» містить думки про себе в теперішньому часі. На думку К.Роджерса, велика різниця між «Я-ідеальним» та «Я-реальним» суттєво гальмує особистісне зростання.

Крім модальностей «Я-реальне» та «Я-ідеальне», важливе місце у структурі «Я» образу людини, належить до «Я-соціального» та «Я-фізичного». Таким чином, зміст «Я-соціального» складається з думок індивіда про свою роль у суспільстві. «Фізичне Я» включає уявлення людини про здоров'я, фізичний стан і тому подібне.

Отже, аналізуючи все вищесказане, можна зробити висновок, що образи " Я " - наші фундаментальні елементи самовизначення. Вони надають систематичний і глибокий вплив на те, як переробляється індивідом інформація, що стосується його Я. Образ Я - не просто інтеграція

минулих і справжніх дій. Ця свідчення про свою відповідальність за майбутню поведінку в певній галузі. Таким чином, схеми Я визначають минуле і теперішнє Я, але що більш важливо, вони визначають майбутні та можливі Я.

1.2 Основні чинники, що впливають на виникнення психосоматичних розладів

Психосоматичні розлади – це виникнення захворювань органів після перенесених психоемоційних потрясінь[35].

На сьогоднішній день, слід приділити увагу важливому компоненту, як тіла людини, він грає роль базисного компоненту «Я» образу, є психологічною репрезентацією у самосвідомості людини, її фізичного тіла, що насамперед є так званою капличкою душі.

Тіло вважається особливим центром функціонування особистості, це саме тому, що бажання, імпульси, прагнення людини часто мають тісні між собою соматичні джерела[39].

Важливим причинами виникнення та розвитку психосоматичних вад, є відхилення у розвитку особистості людини.

Образ тіла включає в себе такі компоненти, як : ідеальний образ, сприймання власної зовнішності, віддзеркалене сприйняття від оточуючих, уявлення про стан особистого здоров'я, фізичні можливості а також вікові обмеження, які торкаються людину.

При соматичних розладах як правило тіло стає власним об'єктом свідомості. Науковці висловлюють думку, що тілесність метафорично виражає глибинні психологічні проблеми особистості. Відношення до власного тіла таким чином утворює ставлення людини до власного Я. Про це йдеться у працях Бернс Р., Соколова О., Мухіна У. , Чеснокова І., Кон І., Тхостов О., Налчаджян А. та інші.

Вислів «всі хвороби від нервів» з'явився не просто так. Саме так йде справа з багатьма хворобами. На порожньому місці, неочікувано для

людини раптом з'являється біль чи хвороба у вигляді алергічного висипу, псоріазу або шлункового розладу. Якщо розглядати причини, то вони не знаходяться, а отже лікування самої недуги також не дає швидкого результату. Справа в тому, що справжня причина знаходиться набагато глибше. Якщо проаналізувати настрій людини в період, що передує захворюванню, можна виявити, що були тривоги, стрес, депресія. І, як правило, емоції не знайшли виходу[9]. В силу виховання, культурних норм люди стримують прояв своїх почуттів. Але в світі нічого не виникає нізвідки і не пропадає нікуди, все плавно переростає з одного в інше, змінюючи форму[35].

Непроявлена або приглушена емоція, стриманий негатив викликають спалах енергії, який затримується у будь-якому енергетичному центрі. Надлишок енергії призводить до появи змін у здоров'ї людини. Організм регулює ситуацію на свій розсуд, що знаходить вираження в появі висипів, захворювань шлунково-кишкового тракту та інших захворювань. Якщо навчитися керувати своїми емоціями, знаходити вихід негативним потокам, то назавжди можна позбутися від хвороб.

Поширеність психосоматики серед дорослого населення планети досягає 5-7%. Причому у жінок вона спостерігається в 10 разів частіше, ніж у чоловіків. Швидше за все, це пов'язано з підвищеною емоційністю представниць слабкої статі.

Психосоматика дає роз'яснення причин виникнення хвороб з наукової точки зору. В результаті емоційного впливу відбувається активізація вегетативної нервової і нейроендокринної системи. Це викликає зміни в судинах і внутрішніх органах. На перших порах функціональні зміни залишаються непоміченими. При повторенні виникають симптоми хвороби, які дають про себе знати у вигляді гіпертонічної кризи, виразки шлунка, висипу на тілі і навіть бешихове запалення.

Велику роль в регулюванні процесів в організмі людини грають імунна і нейроендокринна системи.

При зміні умов зовнішнього середовища, під впливом загрози ззовні відбувається зміни емоційного фону, які включають медіатори симптомів. Так з'являється почервоніння, прилив жару, озноб та інші ознаки, що попереджають про зміни середовища. Імунна система покликана захищати організм. Вона запам'ятовує всі дії, які відбуваються з людиною, що проявляється в зміні рівня тканинних гормонів (серотонін, адреналін), нейролептидів (ендорфін), нейrogормонів (вазопресин, окситоцин). У стресовій ситуації людина схильна до захворювання через ослаблення імунної системи[27].

Питаннями впливу негативних факторів на організм займається психонейроендокринологія. Гострі стресові ситуації на які впливають фактори, наприклад втрата близької людини, безробіття, почуття власного безсилля, залежність від думки оточуючих, відсутність засобів до існування та інше викликають потужні зміни в імунній системі, а отже і в самому організмі людини. Вона стає вразливою перед бактеріями та інфекціями.

Психотерапевтичний вплив змінює ставлення до ситуації. Зміцнення вольового імпульсу допомагає впоратися з депресивним станом, стресами та тривогою, в результаті чого змінюється сприйняття реальності, настроїв, самопочуття.

Розглядаючи причини психосоматичних порушень, можемо зазначати, що їх зовнішня психогенна детермінованість, може бути будь-яка:

1. Особистісні якості деструктивного характеру
2. Складнощі в побудові міжособистісних відносин з оточуючими, Конфлікт
3. Психологічні травми
4. Будь-які фактори, що провокує сильний виплиск негативних емоцій.

Розберемо найбільш поширені причини соматичних розладів, наприклад, внутрішньо особистісний конфлікт.

Часто зустрічається причина розвитку недуги, а саме невідповідність бажань і можливостей, обов'язків і потреб. Все це провокує накопичення

емоційної напруги і «негативу». Як правило, внутрішній конфлікт протікає несвідомо і залишається без уваги.

Другою причиною найчастіших чинників, що викликають психосоматичні розлади є негативні переживання. Багато соматичних захворювань проявляються внаслідок пережитих у дитинстві травм. Непророблені ситуації, «закриття в собі» можуть стати причиною психосоматичних розладів в майбутньому. Такі причини виступають джерелами тривоги і панічних атак.

Третій чинник, зазвичай, називають вторинною вигодою. Статус "хворого", в деяких випадках, є підсвідомим прагненням пацієнта. Бажання отримати увагу з боку близьких і оточуючих людей, відчувати турботу і участь, отримати «відстрочку» від обов'язкових дії (робота, навчання або інші) можуть спровокувати фізичні прояви у вигляді захворювань або недуг.

Навіювання сміливо можна назвати також одним із чинників таких недуг. При певних обставинах розвиток захворювань відбувається на тлі самонавіювання або навіювання з боку оточуючих. Механізм самонавіювання запускається на підсвідомому рівні і може привести до зовнішніх тілесних проявів. Особистісні риси грають одну із важливих ролей при виникненні психосоматичних розладів. У більшості випадків, виникнення психосоматичних розладів відбувається у людей з певним психічним статусом:

- а) Інфантилізм – невідповідність віковому розвитку особистості, зі збереженням поведінкових і фізичних рис, властивих попереднім віковим періодам.
- б) Замкнутість – оборонна поведінкова лінія від згубного впливу зовнішнього світу.

Відмінними рисами замкнутості є: труднощі в комунікаціях, не уживчивість в колективі, недовірливість, крайня вибірковість при побудові дружніх і приятельських відносин, песимістичність і похмурість, Невпевненість в собі – постійні сумніви в своїх здібностях, вчинках,

прийнятих рішеннях, силах, планах. На ґрунті цього виникає страх, а у вирішальних моментах – відмова, від активних дій, заниженою чи нестійкою самооцінкою, привласнення неіснуючих недоліків або вад, або їх переоцінка в сторони заниження, підвищеною залежністю від оцінки оточуючих, присвоєння надмірної значущості сторонньому думку про свої вчинки, думках, або собі в цілому.

Основою для розвитку недуги стає попадання в стресові ситуації, що несуть негативні переживання пацієнту, афективний застій-накопичення афектів, на яке не відбувається своєчасного реагування через стримуючих факторів (зовнішніх обставин, внутрішніх причин, наприклад, виховання, неврозу або інших), відсутність навички продуктивного міжособистісного спілкування [8]. Одною з причин також можна назвати ідентифікацію, в основі цієї причини лежить несвідоме копіювання.

Симптоми можуть з'явитися після близького емоційного контакту з хворою людиною. Самопокарання як один із чинників розвитку психосоматичного розладу. Ці розлади часто провокуються, як відгук на внутрішні механізми стримування, такі як, почуття сорому або почуття провини, в деяких випадках відчуття ненависті до самого себе, за вчинення певних вчинків, дій або навіть думок. Неусвідомлювана, як правило, аутоагресія на тілесному рівні може сприяти зменшенню напруги в психологічній сфері.

Виникнення афективного напруження, головною умовою, виступає наявність фізіологічної схильності до порушення в роботі певного органу або системи. Будь-який зовнішній стресовий фактор здатний привести до накопичення афективного напруження, яке спровокує активацію вегетативної нервової системи і нейроендокринних зрушень. В першу чергу, це викличе спотвореність швидкості і цілеспрямованості нейрогуморальної передачі, виникнуть розлади кровопостачання, після чого порушиться робота органу або системи.

На початкових стадіях, зміни торкнуться тільки функціональний рівень, і можуть бути оборотні. У разі, коли вплив негативного фактора має тривалий і системний характер, ускладнення стають органічними і відбувається ураження тканин.

Один з основоположників психосоматичної медицини В. Вайзеккер стверджував, що злість і запеклість обумовлюють виникнення хвороб серця, безсилля і залежність призводять до розладів травного тракту, а сексуальна напруга сприяє порушенню системи дихання.

В даний час вчені схилиються до концепції багатофакторного патогенезу психосоматичних порушень і пояснюють їх не особистісною структурою, а специфічними психологічними, генетичними і соціальними чинниками. Підкреслюється значення генетично заданих властивостей людини (в тому числі і психічних), підвищеної вразливості окремих органів, обумовленої родовими травмами, соматичними захворюваннями і фізичними ушкодженнями в дитинстві та юності, стосунків у сім'ї, способів реагування особистості в критичних ситуаціях.

Особливу роль у формуванні самооцінки дослідники відводять взаємовідносинам у родині. Факти свідчать про те, що брак любові з боку близьких породжує у людини дефіцит самовідношення внаслідок чого виникає неприйняття себе і своєї особистості [32]. У число факторів, що впливають на формування самооцінки, входять і такі, як міцність сім'ї, стиль виховання, зацікавленість дорослих в справах дитини, в школі – педагогічна відмітка, залучення учнів в оціночну діяльність, у соціумі – рівень комунікації з людьми, здатність адаптуватись у тій чи іншій ситуації.

Проаналізуємо конверсійну модель, яка констатує гіпотезу, що при появі соматичного симптому, індивід внутрішньо відчуває емоційне полегшення завдяки тому, що тоді відбувається пом'якшення гніту несвідомого конфлікту.

Александр Франц, який в свій час очолював лабораторію Чиказького Інституту психоаналізу, розробив модель вегетативного неврозу.

Відповідно до цієї моделі, якщо несвідомий конфлікт блокується у зовнішньому прояві, то це призводить до емоційної напруги, яка насамперед вносить зміни у діяльність вегетативної нервової системи. На думку вченого, ці зміни у вегетативній нервовій системі цілком можуть мати певну кількість негативних наслідків, до прикладу незворотні ураження внутрішніх органів.

Природу психосоматичних симптомів, пов'язані з особистістю людини та її образом, можна пояснити придушенням відчуття своєї цінності, злість на самого себе, невпевненість у своїх силах та сильна зневіра в себе, оскільки психосоматична людина придушує ці думки і продовжує відносити. Зовні може здаватися, що вона навіть не страждає, проте фахівець може пересвідчитися в проблемах у її тіла. Виходячи з цього, спеціалісти рекомендують активно втілювати у життя техніки правильного емоційного реагування, любов до себе та прийняття особистості такою, якою вона є, так необхідного для підтримки гарного самопочуття, як і психічного так і соматичного.

1.3 Психологічні особливості образу «Я» у людей з психосоматичними розладами

Психосоматична особистість володіє стійкими психологічними характеристиками, завдяки яким можна підкреслити значення особливостей особистості у виникненні психосоматичних порушень[30].

Особливості полягають у тому, що виникнення більшості психосоматичних порушень зумовлено стійкістю певних емоційних станів та їх тривале переживання.

Грунтуючись на концепції профілів особистості, можна виділити конкретні особливості структури особистості психосоматичних хворих. Визначальними факторами є наявність у психосоматичних хворих емоційного пригнічення та витіснення, довготривалих переживань і

прагнення до суперництва з іншими, що є результатом недооцінки себе та своїх особистих якостей і переоцінки чужих.

Природа психосоматичних симптомів пов'язана з особистістю людини та її образом, що можна пояснити придушенням відчуття своєї цінності, злість на самого себе, невпевненість у своїх силах та сильна зневіра в себе, оскільки психосоматична людина придушує ці думки і продовжує далі з ними жити [43]. Зовні може здаватися, що вона навіть не страждає, проте фахівець може пересвідчитися в проблемах її тіла.

Виходячи з цього, психологи говорять про користь правильного емоційного реагування, любов до себе та прийняття особистості такою, якою вона є, як необхідного самоставлення для підтримки гарного самопочуття, психічної і соматичної рівноваги.

Зв'язок «Я» образу зі здоров'ям часто вивчалася такими дослідниками, як Н.І Волошко, О.В Михальський, Ю.В Мостовий.

Було показано, що люди з адекватним самосприйняттям мають краще здоров'я та благополуччя, ніж їх колеги з низькою самооцінкою, особливо щодо психічного здоров'я. Вони також краще справляються зі шкідливим стресом і більш задоволені життям у різних областях.

Роджерс К. визначив самоповагу як оціночні почуття, які людина відчуває до самої себе, почуття володіння істотною цінністю, і стверджував, що воно оцінюється як різниця між фактичним Я і ідеальним Я. Дійсне Я «засноване на об'єктивній інформації, яку Я сприймає про себе, тобто на Я-концепції. Ідеальне Я це образ того типу особистості, яким індивід хоче бути. Самооцінка адекватна, коли реальне Я і ідеальне Я знаходяться в згоді, низька самооцінка навпаки, коли вони суперечать одне одному [47].

Теорії про механізм психосоматичних симптомів, часто вказують на психосоціальний фон, психосоціальний стрес і взаємодію між цими факторами як на причину психосоматичних симптомів. Психологічні дослідження показують, що нормальний перебіг розвитку особистості людини змінюється за наявності супутнього розладу [40]. Було вивчено

психологічні особливості людей з такими захворюваннями, як гіпертонія, хвороби шлунково-кишкового тракту, серцево-судинні захворювання, та захворювання горла.

При проходженні практики в онкологічному центрі, було проведено індивідуальну бесіду із кожним пацієнтом, який страждає психосоматичними розладами. Після проведеної бесіди з пацієнтами, які страждають артеріальною гіпертензією, можна зробити висновок, що люди з таким недугом звикли поводити себе на людях досить стримано та тихо, свої дійсні емоції заглушають і тримають в собі, не виражаючи їх, а це, як правило, згубно діє на організм людини.

Підтвердження цьому можна знайти також у роботах О. Михальського, який досліджуючи психологічні особливості хворих гіпертонічною хворобою, стверджує, що особистість, яка має підвищений артеріальний тиск зазвичай тримається зовні спокійно, але висловлює багато скарг і часто буває імпульсивною. Оскільки, особа відверто не виражає гнів, у неї ця злість може накопичуватися, що в свою чергу сприяє накопиченню і хроніфікації стресових впливів.

Пацієнти, які мали розлад шлунково-кишкового тракту, мали постійну тривогу, та знаходились під постійним впливом стресу. Стрес у них виникав дуже часто, будь яка проблема, навіть незначна змушувала таких пацієнтів хвилюватись.

Як йшлося у дослідженнях Ф. Філаки, до такої категорії хвороби, може призводити неспецифічний стрес, який обумовлює гіперактивність шлунку, в результаті чого формується виразка. В осіб з хронічним запаленням і виразками товстого кишківника переважають компульсивні особистісні риси. Ці хворі охайні, люблять порядок, пунктуальні, а свій гнів висловлюють вельми стримано.

Ф. Александер вважає, що ключовим моментом для цих людей також є їхня фрустрація своєю залежністю. Вони схильні проявляти агресію щодо

об'єкта своєї залежності та несвідомо відчують почуття провини та високий рівень невпевненості [18].

У 60% пацієнтів спостерігається депресивна життєва ситуація з переживаннями реальної або уявної втрати об'єкта до виникнення залежності. Багато пацієнтів походять із сімей, де діти мало говорять про свої почуття. Вони мають низьку самооцінку і дуже чутливі до власних недоліків.

Якщо розглядати особливості пацієнтів, які мають уражені мигдалини, маєм звернути увагу на те, що у них проявляються істеричні особистісні риси і усвідомлювана тривога.

Зазвичай уражені мигдалини характерні людям, які намагаються придушити сильний негатив, який не може висловити чи проявити.

У її симптомах вбачають символічне вираження внутрішньо- особистісних конфліктів між потребою хворої людини в ніжності і страхом перед нею, а також розбіжність у вирішенні проблем щодо вибору. Найчастіше в сім'ях таких хворих батьки прагнуть до контролю і придушення ініціативи своїх дітей, заборони безпідставних будь-яких емоційних проявів, так як в такій сім'ї вважається непристойним проявляти свої справжні почуття.

На думку В.Синельникової, хвороба такого роду виникає у людини, яка не висловлює свою думку лише тому, що його можуть невірно зрозуміти, засудити, опротестувати. Така вимушена мовчазність пригнічує, що і виливається в запалення горла. Людина хворіє, коли не може усунути проблему, повернути ситуацію в свою користь. Ймовірно, вона знає, що потрібно говорити, як себе вести, але в реальності цього не робить. Результатом такої поведінки стає мовчазний придушений гнів, що провокує запалення мигдалин [22].

Досить цікава картина спостерігається у пацієнтів з ішемічною хворобою серця. Насамперед слід зазначити, що їм притаманна низька оцінка своєї особистості і практично повне обесцінювання своїх продуктів діяльності. Такі люди несуть в собі повну відповідальність за всі доручені

їм задачі [10]. До прикладу, О. Юрценюк у своєму дослідженні охарактеризував таких пацієнтів, як особистостей, які володіють невпевненістю в собі, емоційною лабільністю, їх характеризує «відхід у роботу», так як ні на що інше у них просто не вистачає часу. Сюди слід також додати схильність до поспіхів у веденні справ, нетерпінням, почуттям постійної нестачі часу і високою відповідальністю за доручену справу.

Таким чином, знання психологічних особливостей хворих з психосоматичними захворюваннями допоможе психологу знайти правильний підхід до кожного пацієнта, аби допомогти йому впоратись з недугами, слід додати, що знання психологічних особливостей забезпеч нам правильний підбір реабілітаційних програм, які допоможуть пацієнтам позбутись хвороби, і тим самим підвищити якість його життя [23].

Висновок до розділу 1.

1. На сучасному етапі розвитку суспільства проблема дослідження особливостей формування адекватного образу «Я» у людей з психосоматичними розладами набуває особливої актуальності. Це пов'язано з тим, що спостерігається стійка тенденція до збільшення кількості психосоматичних розладів у зв'язку з прогресуючою стресогенністю суспільства. Усвідомлення цієї проблематики є рушійною силою для поглибленого дослідження особливостей та принципів удосконалення і розвитку адекватного «Я» образу та компонентів його структури.
2. Теоретичний аналіз наукових джерел засвідчив, що відношення до оточуючого світу, ставлення до інших людей та самого себе, здатність приймати самостійні рішення, чинити вільні і відповідальні дії визначаються характером уявлень індивіда про себе. У зв'язку з цим формування адекватного «Я» образу вважається одним з найважливіших завдань у процесі розвитку гармонійної особистості.
3. «Я» образ визначається як уявлення індивіда про себе самого, він складається в результаті виділення людиною себе із навколишнього

середовища, дозволяючи їй відчувати себе суб'єктом своїх станів, переживань, дій, намірів.

4. «Я» образ також визначає особливості взаємодії особистості зі світом і собою, є центральною ланкою, що акумулює знання людини про самого себе.

5. В структуру «Я» образу входять такі особливості як уявлення про свої риси характеру, здібності, зовнішність, соціальну значущість та ін. Зміст «Я» образу є фактором диференціації (знання, що відрізняють Я суб'єкта від інших, змушують почуватися унікальним і неповторним)

6. Я – фактично є відображення самого себе, погляд на себе зсередини, то в кожній людині відповідно встановлюється власний «Я» образ. Він може бути адекватним і неадекватним, узгодженим і порушеним, так як залежить від афективної оцінки уявлення про себе.

7. З огляду на вищевказане можемо припустити, що саме психологічні особливості особистості, пов'язані з порушенням «Я» образу можуть стати суттєвими чинниками, що зумовлюють виникнення та розвиток психосоматичних розладів.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОБРАЗУ «Я» У ЛЮДЕЙ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

2.1. Програма дослідження, характеристика вибірки та методів

Матеріали роботи отримані при проведенні наукових досліджень на базі Науково-технічної бібліотеки Донецького Національного Університету імені Василя Стуса, Національної медичної бібліотеки, бібліотеки ім. Вернадського, та мережі Інтернет протягом п'яти місяців.

Дослідження проводилися в три етапи з 2021 по 2022 рік.

Перший етап (грудень 2021 - червень 2022 року) був присвячений детальному аналізу сучасних науково-методичних літературних та інтернет джерел інформації, що дозволило оцінити стан проблеми, визначити цілі і завдання дослідження, узагальнити принципи і підходи до побудови існуючих програм психологічної реабілітації людей з психосоматичними розладами.

На другому етапі (вересень- жовтень 2022 рр.) були проведені основні дослідження. Було проаналізовано та узагальнено дані, отримані на попередньому етапі та окреслено підходи до побудови програми психологічної реабілітації людей з психосоматичними розладами.

Були обрані певні методи і засоби реабілітації та алгоритм їх замтосування. Основний акцент при цьому було зроблено на простоту, доступність використаних методів і засобів терапії.

На третьому етапі (вересень - листопад 2022 рр.) було остаточно розроблено структуру та тривалість програми психологічної реабілітації людей з психосоматичними розладами, побудовано схеми використання обраних методів і засобів реабілітації. Було сформульовано висновки дослідження, практичні рекомендації, оформлено наукову кваліфікаційну роботу до захисту та представлено її на консультування та рецензію.

Дослідження проводилося на базі Подільського онкологічного регіонального центру, що знаходиться у м. Вінниця, вул. Хмельницьке шосе, 84.

Для дослідження було сформовано дві групи. Першу групу склали 21 чол. (16 жінок та 5 чоловіків), які звернулися за психологічною допомогою до онкоцентру, з питанням щодо емоційних порушень різного ступеня. Згодом вияснилось, що вони знаходились на обстеженні у міському диспансері з приводу різних хронічних хвороб, внаслідок чого отримали медикаментозну терапію, а саме:

4 жінки та 3 чоловіка – з розладом шлунково-кишкового тракту;

3 жінки– з ішемічною хворобою серця;

7 жінок та 2 чоловіка – з артеріальною гіпертензією;

2 жінки– характерне ураження мигдалин.

Середній вік в даній групі складає 39 років.

Другу групу склали 22 людини (17 жінок та 5 чоловіків), здорові люди, без жодних проблем з психічним та соматичним здоров'ям, це люди, які не перебувають на диспансерному обліку у лікарів і не пред'являли ніяких скарг на стан фізичного та психічного здоров'я і благополуччя.

Середній вік в даній групі склав 39 років.

На початку проведення дослідження усіх респондентів було проінформовано про мету і завдання дослідження та отримано їх згоду на участь. Участь була добровільна і за випробуваними ми залишали право проходити тестування та анкетування анонімно. Досліджуваним повідомлялося про те, що інформація, надана ними, конфіденційна, а їх результати будуть закодовані.

Для дослідження впливу психологічних особливостей «Я» образу на виникнення психосоматичних розладів було використані наступні методики: «Методика непрямого вимірювання системи самооцінок», «методика самоставлення В.Століна і С.Пантилєєва», «госпітальна шкала

тривоги та депресії (HADS)», «опитувальник для визначення самооцінки Уайнхолд», «шкала соматичних симптомів SSS-8».

Методика непрямого вимірювання системи самооцінок

Методика непрямого вимірювання системи самооцінок - експресивна проєктивна методика, спрямована на отримання загальних уявлень про систему самооцінки особистості. Розроблена Федотовою О. в 1985 році як альтернатива так званим прямим методам дослідження особистості.

Методика непрямого вимірювання системи самооцінок створена на основі синтезу проєктивного і психосемантичного підходів до діагностики особистості. Так, використання непрямої (проєктивної) процедури дозволяє уникнути феноменів соціальної бажаності в самопрезентації, розкриває не цілком вербалізуєміе або неусвідомлювані аспекти самооцінки, однак, як і всі традиційні проєктивні методики, ця процедура сама по собі здатна діагностувати самооцінку лише в найзагальнішому вигляді.

Психосемантичні методи, широко використовувані в даний час як в нашій країні, так і за кордоном, дозволяють досліджувати самооцінку більш диференційовано з урахуванням її внутрішньої структури і її зв'язку з самосвідомістю особистості. Різні модифікації методики семантичного диференціала, суб'єктивного шкалювання, техніка репертуарних матриць вводять дослідження самооцінки в контекст більш широкого дослідження індивідуальної свідомості особистості, його когнітивної складової і емоційно-ціннісного ставлення до себе. Завдяки заміні процедури прямого шкалювання Я на непряму оцінку за допомогою шкалювання схематичних зображень стає доступною діагностиці не демонстрована, а справді пережита самооцінка.

Таким чином, оригінальна методика непрямого вимірювання самооцінок в порівнянні з іншими відомими прийомами діагностики самооцінки має низку переваг:

1. Дана методика не тільки вимірює рівень приватних самооцінок, а й дозволяє реконструювати цілісну систему самооцінок людини, а також ієрархію стоять за нею цінностей і особистісних смислів.

2. Методика дає можливість виявляти самооцінку індивіда не тільки в порівнянні Я з груповими нормативними стандартами, але також і на основі суб'єктивно значущих індивідуальних шкал самооцінки.

3. Крім приватних самооцінок методика здатна виявляти глобальне емоційно-ціннісне ставлення індивіда до свого Я - рівень самоприйняття. Як стимульного матеріалу використовуються схематичні зображення людського обличчя з яких виключений рот, так як експерименти показали, що малюнок лінії рота може давати систематичний зрушення в сприйнятті особи за певними параметрами.

В якості процедури використовується ранжування зображення осіб за параметрами, що задаються експериментатором. Випробуваному пропонується, ознайомившись попередньо з десятьма картками (кількість, більша обсягу короткочасної пам'яті, але досить невелике, щоб випробуваний не міг «загубитися в матеріалі»), розкласти їх в ряд за ступенем убуття «приємності». Після чого його просять описати перше і останнє зображення.

Ці описи фіксуються експериментатором. Потім, перемішавши картки, експериментатор пропонує випробуваному розкласти їх за параметрами «розум», «доброта» і т. д. Частина цих параметрів стандартна, тобто пропонується всім випробуваним («розум», «здоров'я», «доброта»), а інша частина пропонується експериментатором на основі тек якостей, які випробуваний назвав при описі першої і останньої карток. Після чого випробуваному пропонується розкласти картки по «схожості на себе».

Методика самоствавлення В. Століна і С. Пантелєєва

Методика дослідження самоствавлення С. Пантелєєва та В. Століна – опитувальник самоствавлення, спрямований на виявлення рівня ставлення випробуваного самого до себе.

Опитувальник дозволяє виявити три рівня самоставлення, що відрізняються за ступенем узагальненості:

1. глобальне самовідношення;
2. самовідношення, диференційоване за параметрами самоповаги, аутсимпатії, самоцікавості та очікувань певного ставлення до себе;
3. рівень конкретних дій (готовності до них) щодо свого Я.

Методика являє собою багатовимірний психодіагностичний інструмент, заснований на принципі стандартизованого самозвіту. Містить 57 питань, на які необхідно відповісти позитивно (так) або негативно (ні). Запитання групуються за такими шкалами:

- «Відвертість»;
- «Самовпевненість»;
- «Самокерівництво»;
- «Відображене ставленн»;
- «Самоцінність»;
- «Самосприйняття»;
- «Самоприв'язаність»;
- «Внутрішня конфліктність»;
- «Самозвинувачення».

Показник за кожним фактором підраховується шляхом підсумовування тверджень, з якими випробуваний згоден, якщо вони входять до фактора з позитивним знаком і тверджень, з якими випробуваний не згоден, якщо вони входять до фактору із негативним знаком. Отриманий «бал» за кожним фактором підсумовується в накопичені відсотки (%).

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) використовується як скринінг-методика (додаток 1). Пацієнт самостійно відповідає на питання з попередніми рекомендаціями щодо використання. Необхідно уважно прочитати кожне твердження, відзначити відповідь, який найбільшою мірою відповідає тому, як пацієнт себе почував минулого тижня, не

роздумувати занадто довго над кожним твердженням, оскільки перша реакція на питання завжди буде більш вірною. Шкала містить 14 тверджень, складається з двох підшкाल: тривоги (непарні пункти) і депресії (парні пункти).

При інтерпретації результатів враховується сумарний показник по кожній підшкалі, виділяються три області його значень:

0 – 7 - «норма» (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);

8 – 10 - «субклінічно виражена тривога, депресія»;

11 і вище - «клінічно виражена тривога, депресія».

Для об'єктивної оцінки тяжкості депресивної симптоматики використовується шкала депресії Гамільтона (НАМ-d).

Дослідження виконує кваліфікований психіатр-нарколог, психотерапевт або психолог в охороні здоров'я, або лікар-фахівець, який пройшов необхідне навчання.

Слід вибирати варіант відповіді, найбільш точно характеризує стан пацієнта, якому слід надати можливість докладної відповіді на запитання. Відмітка ставиться в реєстраційному бланку. При інтерпретації даних необхідно пам'ятати, що пункти з 18-го по 21-й не відображають ступінь вираженості власне депресивної симптоматики, тому враховується сума балів по першим 17 пунктам шкали Гамільтона.

Виділяються наступні області значень сумарного показника: 7-16 балів-депресивний епізод легкого ступеня, 17-26 балів – депресивний епізод середньої тяжкості, значення до 6 балів включно – немає депресивної симптоматики, 27 балів і вище – важкий депресивний епізод.

Опитувальник для визначення самооцінки (Уайнхолд, 1983).

Опитувальник для визначення самооцінки Б. Уайнхолда та Дж. Уайнхолда призначена для діагностики самооцінки особистості. Психодіагностика самосвідомості спрямована на виявлення самосвідомості, а саме уявлення про себе. «Я» образ не просто складова самосвідомості, але

важливий фактор детермінації поведінки людини, таке внутрішньоособистісне утворення, яке багато в чому визначає напрямок його діяльності, поведінка в ситуаціях вибору, контакти з людьми. Аналіз «Я» образу дозволяє виділити в ньому два аспекти: знання про себе і самовідношення.

В ході життя людина пізнає себе і накопичує про себе знання, ці знання складають змістовну частину його уявлень про себе, про Я. Однак знання про себе самого, природно, йому небайдуже: те, що в них розкривається, виявляється об'єктом його емоцій, оцінок, стає предметом його більш-менш стійкого самовідношення. Не завжди людина розуміє себе і не все в контексті самовідношення усвідомлено, деякі аспекти «Я» образу вислизують від свідомості і починають бути неусвідомленими. Значну роль у формуванні самооцінки відіграють оцінки оточуючих особистості і досягнень індивіда. У теорії, самооцінка - це оцінювання людини самого себе.

Змістова валідність даної методики становить $r = 0,82$, $t_{15} = 2,29$, $p \leq 0,05$, що свідчить про високу надійність. Критеріальна валідність методики знаходиться на високому рівні і складає: $\tau = 0,38$, $p < 0,0001$. Коефіцієнт внутрішньотестової надійності опитувальника Уайнхолд становить $\tau = 0,33$, $p < 0,0001$.

Опитувальник складається з 24 питань. Інтегральний тестовий показник:

24 - 48 низька самооцінка в більшості областей вашому житті;

49 - 72 низька самооцінка в декількох областях вашого життя;

73 - 96 висока самооцінка в більшості областей вашому житті

Шкала соматичних симптомів SSS-8

Шкала соматичних симптомів 8 (SSS-8) є ефективним інструментом для оцінки соматичних симптомів. Вона є одним з найбільш поширених і психометричних обґрунтованих інструментів для самооцінки соматизації із восьми окремих соматичних симптомів.

Респонденти оцінюють, наскільки їх турбували загальні соматичні симптоми протягом останніх семи днів за п'ятибальною шкалою Лайкерта. Рейтинги підсумовуються для отримання простої суми балів (яка може варіюватися від 0 до 32 балів). SSS-8 включає наступні симптоми:

- проблеми зі шлунком або кишечником;
- біль у спині;
- біль в руках, ногах або суглобах;
- головний біль;
- біль у грудях або задишка;
- запаморочення;
- відчуття втоми або занепад сил;
- проблеми зі сном.

Інструмент простий у заповненні, має простий алгоритм оцінки (додавання відповідей) і має два простих методи інтерпретації (тобто категорії тяжкості і стандартне відхилення за статтю та віком). При цьому об'єктивність інструменту повинна бути високою.

2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження формування «Я» образу у людей з психосоматичними розладами

Аналіз результатів проведення експерименту, дає нам можливість з'ясувати особливості Я-образу, його вплив на соматичний стан пацієнтів та можливість покращення стану пацієнтів, внаслідок проведення реабілітаційної програми.

За допомогою обробки опитувальника Уайнхолд, було з'ясовано уявлення пацієнтів про особисту самооцінку на таких рівнях, як вміння встановлювати контакт, прийняття себе, вміння вплинути на інших, а також мистецтво постійності. Результати дослідження представлені у таблиці 1 (див. Табл 2.1)

За шкалою «Встановлення контакту» можна побачити, що 54,2% респондентів мають низькі показники, 36,2% - середні, та 9,6% мають високі

показники досліджуваних характеристик. Дана статистика свідчить про те, що вагома частка респондентів не має здатності налагоджувати контакти з іншими людьми та підтримувати його протягом певного часу.

За шкалою «Прийняття себе» можна побачити, що 89,7% досліджуваних мають низькі результати, 36,2% мають середні результати та 9,6% - високі.

Дана статистика свідчить про те, що мала частка респондентів є психологічно благополучними, та можуть у більшій мірі насолоджуватися власним життям та сприймати себе, як щасливу особистість. Натомість, показники більшої кількості досліджуваних мають низький рівень психологічного благополуччя, а отже це вказує на порушення самосприйняття особистості.

Таблиця 2.1.

Співвідношення досліджуваних показників у групах респондентів за опитувальником Б.Уайнхолд і Дж.Уайнхолд

Назва шкали	Рівень прояву	Кіль-ть у %
Встановлення контакту	Низький (1-4)	54,2%
	Середній (5-12)	36,2%
	Високий (13-16)	9,6%
Прийняття себе	Низький (1-4)	89,7%
	Середній (5-12)	10,3%
	Високий (13-16)	0
Здійснення впливу	Низький (1-4)	83,9%
	Середній (5-12)	16,1%
	Високий (13-16)	0
Постійність	Низький (1-4)	71,1%
	Середній (5-12)	22,8%
	Високий (13-16)	6,1%
Самооцінка	Низький (24-48)	87,6%
	Середній (48-72)	12,4%
	Високий (73-96)	0

За шкалою «Здійснення впливу» можна побачити, що 83,9% респондентів мають середні результати, а 16,1% - високі. Ніхто з респондентів не має низьких результатів, що свідчить про їх вміння здійснювати вплив на оточуючих із задоволенням власних потреб та досягання цілі.

За шкалою «Постійність» можна констатувати, що 71,1% респондентів мають низькі результати, 22,8% - середні та 6,1% - високі результати. Така статистика свідчить про те, що більшість респондентів досить не постійні та не послідовні у своїх ідеях, переконаннях та діях, вказує на нездатність їх змінювати їх під впливом ситуаційних чинників.

За шкалою «Самооцінка» можна побачити, що 87,6% респондентів - низькі показники, 12,4% - середні та 0 респондентів – високі результати. Ця статистика вказує на те, що більшість досліджуваних мають низьку самооцінку та не володіють здатністю об'єктивно ставитися до себе та оцінки власних дій.

Отже, за результатами даної методики, ми можемо стверджувати про те, що більшість респондентів не здатні приймати себе такими, якими вони є з позитивними та негативними якостями і тенденцію до здійснення впливу на оточуючих.

Аналізуючи результати наступної методики, які показані на діаграмі (рис.1), ми можемо констатувати наступне: так, досліджуваних, показники яких знаходяться у межах норми (від 0 до 7 балів) не виявлено.

Проте виражені показники тривоги і депресії (8-10 б.) спостерігаються у більшій кількості досліджуваних, клінічно вираженого показника депресії (вище 11 б.) не спостерігається у жодного із респондентів.

Слід зазначити, що у досліджуваних вищий рівень тривожності, аніж депресії, це вказує на те, що несприйняття себе та своєї особистості не викликає гострих депресивних проявів, проте породжує постійне хвилювання та неспокій.

Таким чином, досліджуваним першої групи властива виражена тривога та депресія, за винятком двох людей. Показники респондентів другої групи (контрольної) відповідають нормі.

Як видно з наведеної діаграми (рис 2.1), є високий ступінь розвитку психосоматичних захворювань саме на психологічному підґрунті.

При оцінці проявів тривоги та депресії, (показники наведені у таблиці 2.2) клінічно виражені симптоми тривоги було зареєстровано у 79,05% осіб (середній бал – $17,00 \pm 3,48$), субклінічні – у 20,95 % осіб (середній бал – $6,61 \pm 0,75$).

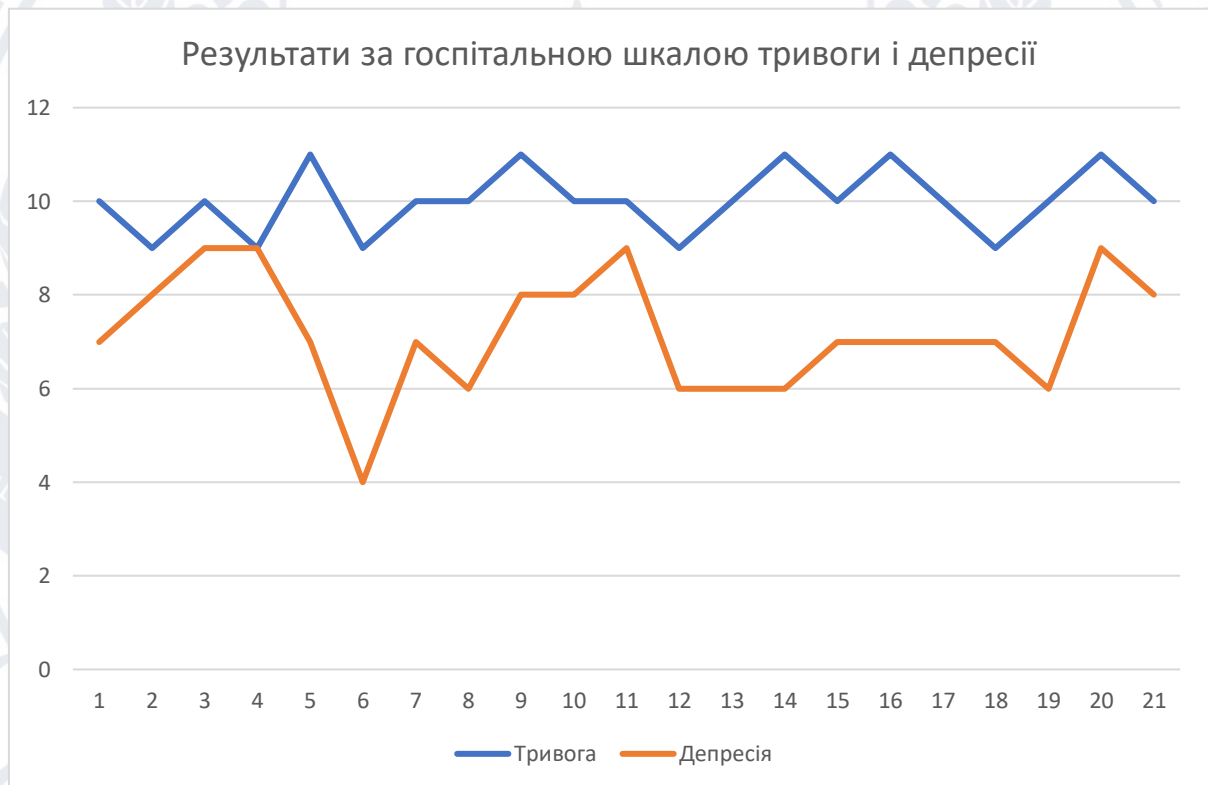


Рис 2.1. Результат дослідження за Госпітальною шкалою HADS

Натомість слід зазначити, що клінічно виражені симптоми депресії зареєстровано у 81,58% осіб (середній бал – $15,23 \pm 3,43$), субклінічні – у 18,42% осіб (середній бал – $9,43 \pm 1,62$). Результати опитуваних вказують на високий рівень вираженості тривоги та депресії, що дозволяє нам констатувати важкість емоційного стану і самопочуття експериментальної групи.

Таблиця 2.2

Показник симптомів тривоги та депресії в динаміці за шкалою HADS

Важкість симптоматики	% \pm m% (n=38)	Середнє значення балів
Результати опитування		
Симптоми тривоги		
Відсутні	0,00 \pm 0,00	0,00 \pm 0,00
Субклінічні	20,95 \pm 8,54	6,61 \pm 0,75
Клінічно виражені	79,05 \pm 8,54	15,00 \pm 3,48
Симптоми депресії		
Відсутні	0,00 \pm 0,00	0,00 \pm 0,00
Субклінічні	18,42 \pm 5,57	9,43 \pm 1,62
Клінічно виражені	81,58 \pm 5,57	15,23 \pm 3,43

Аналіз даних за методикою В. Століна і С. Пантисєєв, які наведені у таблиці 2.3, вказують на те, що показники усіх шкал мають перевагу на низькому рівні вираженості в діапазоні значень 17,83%-98,72%. Перевагу на середньому рівні мають шкали «Самозвинувачення», «Самоприв'язаність», «Внутрішня конфліктність». Найменш виражені показники «самосприйняття», вони на середньому рівні (1,28 %).

Високий рівень вираженості показників є відсутній за шкалою: «Відвертість», «Самовпевненість», «Самокерівництво», «Відображене ставлення», «Самоцінність», «Самосприйняття».

Високий рівень негативної вираженості показників власного Я, любов до себе, відчуття цінності власної особистості та одночасно передбачувану цінність свого Я для інших.

Дещо більше виражене «Самокерівництво»: 96,83% респондентів виразно переживають власне Я без відсутності внутрішнього стержня, таким чином він не інтегрує їх особистість і життєдіяльність, вони

вважають, що їх доля не знаходиться в її власних руках, і їм властива відчутність почуття обґрунтованості і послідовності своїх внутрішніх спонукань та цілей.

Мінімальні відсоткові показники за високим рівнем вираженості мають «Самоприв'язаність» (16,68%). Показники інших шкал на високому рівні вираженості знаходяться у числовому діапазоні 33,97%-79,82%.

Таблиця 2.3
Співвідношення досліджуваних показників у групах респондентів за методикою самоставлення В. Століна і С. Пантилеєва

N	Шкала	(НР)-%	С (СР)-%	(ВР)-%
1	Відвертість	96,83%	2,17%	-
2	Самовпевненість	98,26%	1,74%	-
3	Самокерівництво	96,51%	3,49%	-
4	Відображене ставлення	82,97%	17,03%	-
5	Самоцінність	98,36%	1,64%	-
6	Самосприйняття	98,72%	1,28%	-
7	Самоприв'язаність	17,83%	65,49%	16,68%
8	Внутрішня конфліктність	-	20,18%	79,82%
9	Самозвинувачення	-	76,03%	33,97%

*НР–низький рівень,СР– середній рівень,ВР–високий рівень.

Структуру оцінки особистості представляють емоційний компонент, такий як самоприйняття самоцінність та самооціночний компонент. Тому для більш детального вивчення ставлення психосоматичних хворих до свого Я, було проведено таку методику, як авторську методику непрямого вимірювання самооцінок. Вона проводиться для діагностики самооціночного компонента самоставлення пацієнтів з психосоматичними розладами.

За результатами у наведеній нижче таблиці (Табл 2.4), загальні показники за методикою непрямого вимірювання самооцінок для

встановлення характеру емоційно-оцінного ставлення респондента до власного професійного «Я» образу, усі респонденти (100%) мають негативне самосприйняття професійного «Я» образу, натомість жодному респонденту не властиве позитивне його самосприйняття. Натомість за результатами тестування 43% респондентів мають занижену самооцінку професійного «Я» образу, жоден респондент не має адекватної, завищеної та надмірно завищеної самооцінки. Загальне середнє значення коефіцієнту кореляції Спірмена дорівнює 0,335, що вказує на прямий зв'язок між негативним самосприйняттям і заниженою самооцінкою осіб з психосоматичними розладами.

Таблиця 2.4.
Результати за методикою непрямого вимірювання самооцінок «Я» образу

Показання самооцінки	Кількість досліджуваних у %
Позитивне самосприйняття	—
Негативне самосприйняття	100%
Надмірно занижена самооцінка	57%
Занижена самооцінка	43%
Адекватна самооцінка	—
Завищена самооцінка	—
Надмірно завищена самооцінка	—
Середнє значення кореляції за коефіцієнтом Спірмена	0,335

Отже, результати цього тесту прямо співвідносяться з результатами за шкалою «Самоприйняття» опитувальника самоставлення В.Століна і С. Пантілєєва. Таким чином, ми можемо констатувати, що переважаючим у досліджуваних є низький рівень самоприйняття.

Для розуміння ступеня важкості психологічного стану респондентів, було проведено порівняльний аналіз показників за методикою непрямого вимірювання систем самооцінок (рис.2.2), на діаграмі чітко видно відмінності між контрольною групою та експериментальною групами, що дозволяє

стверджувати про факт низької самооцінки у респондентів, що досліджуються.

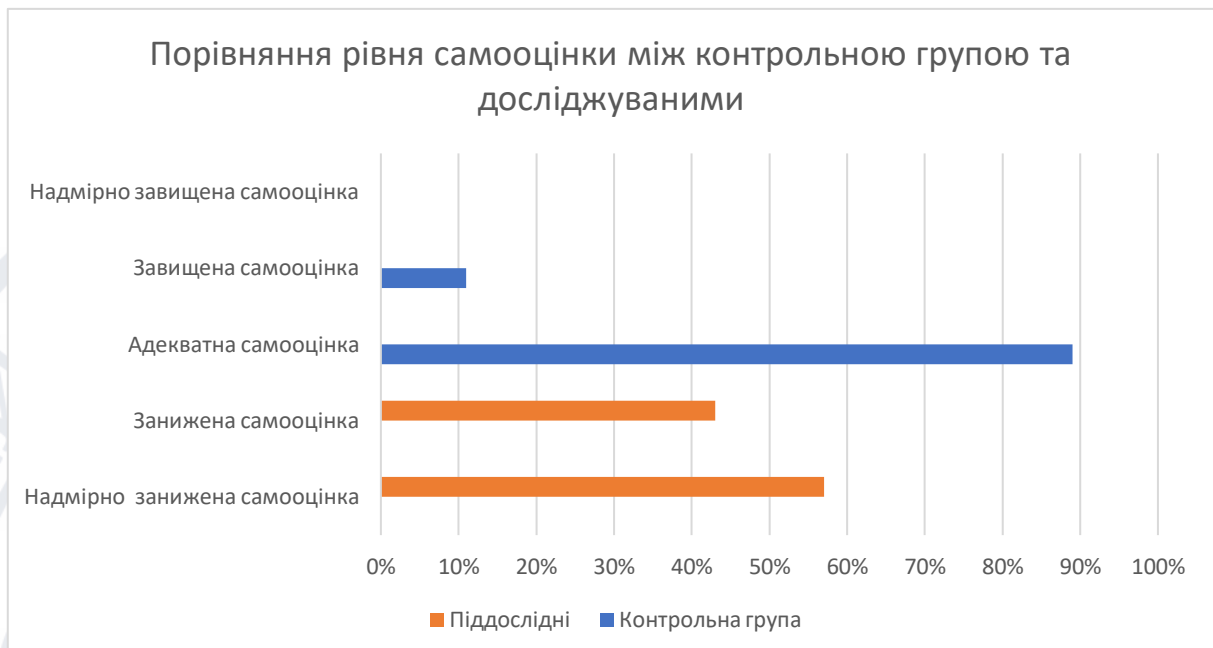


Рис 2.2 Порівняння показників самооцінки досліджуваних респондентів контрольної та експериментальної груп за методикою непрямого вимірювання самооцінок «Я» образу.

Натомість показники респондентів контрольної групи відрізняються позитивним результатом: у більшості досліджуваних самооцінка у нормі. Слід зазначити важливий момент, при обробці результатів спостерігається невеликий відсоток вираженості за шкалою «Завищена самооцінка», кількість респондентів становить 11%, це свідчить про те, що їм притаманна завищена самоповага, яка підкріплюється вірою у власні сили.

Аналізуючи результати, які наведені в таблиці (Табл. 2.5), можна дійти висновку, що респонденти першої групи мають високий показник соматичних симптомів, а саме: часті запаморочення 77,4%, головні болі 89,2%, біль у грудях 85,6%, відчуття втоми 82,2% та проблеми зі сном 88,9%, натомість низький рівень соматичних симптомів це з болями у спині 61,2% та суглобах 67,7%. Ці результати важко назвати позитивними, адже більша кількість респондентів мають проблеми зі здоров'ям.

Порівнюючи з контрольною групою, робимо висновок, що рівень соматичних симптомів у осіб контрольної групи мінімальний, а отже ризик виникнення психосоматичних симптомів дуже малий.

Таблиця 2.5.

Співвідношення досліджуваних показників у групах респондентів за шкалою соматичних симптомів SSS-8

Питання	Група1 (Оцінка важкості)	Всього у %	Група2- Контрольна група (Оцінка важкості)	Всього у %
Проблеми зі шлунком або кишечником	10	82,6%	2	19,1%
Біль у спині	7	61,2%	1	13,6%
Біль у руках/ногах/суглобах	7	67,7%	3	24,2%
Головні болі	16	89,2%	2	16,3%
Біль у грудях/задишк	14	85,6%	1	14,9%
Запаморочення	13	77,4%	1	13,1%
Відчуття втоми або низький рівень енергії	14	72,3%	2	22,1%
Проблеми зі сном	16	88,9%	2	16,2%

Таким чином, результати тестування вказують на те, що у пацієнтів з психосоматичними розладами спостерігається низка яскраво виражених соматичних симптомів, що явно сприяє подальшому розвитку психосоматичних розладів.

Далі, ми провели кореляційний аналіз з метою визначення наявності/відсутності зв'язку між показниками психосоматичних розладів і самооцінкою респондентів (табл. 2.6) представлені результати кореляції за їх взаємодією. За результатами у наведеній нижче, таблиці видно, що існує прямий зв'язок між самооцінкою та психосоматичними явищами, які посилюють одне одного та впливають на формування деструктивних розладів. Ознаки психосоматичних розладів пов'язані з низьким

самосприйняттям за параметрами болю у грудях із задишкою, та відчуттям втоми разом із низькою енергією ($r=0,39$ і $0,42$ відповідно).

Показники скарг на болі у грудях із задишкою і відчуттям втоми разом з низькою енергією в опитуваних мають менш слабкі зв'язки з низькою самооцінкою і в перевірці за t-критерієм Стюдента вони не є достовірними ($p > 0,05$).

Показники психосоматичних явищ «проблеми з шлунком, кишечником», «головні болі і запаморочення» та «біль у спині, кінцівках» більш тісно пов'язані з низькою самооцінкою, ніж з негативним самосприйняттям, а також між собою, посилюючи взаємозв'язок.

Таблиця 2.6
Результати кореляційного аналізу, за спектром психосоматичних скарг у пацієнтів з психосоматичними розладами

Скарги	ПЗШ	ГБЗ	БГЗ	ВВ	БСН2	ЗС
ПЗШ	0,58					
ГБЗ	0,31					
БГЗ	0,26	0,41				
ВВ	0,72	0,39	0,46			
БСН	0,42	0,76	0,82	0,72		
ЗС	0,47	0,56	0,24	0,24	0,45	
НС	0,42	0,31	0,39	0,42	0,47	0,55

*ПЗШ - проблеми зі шлунком, кишковою; БСН-біль у спині, біль у руках, ногах; ГБЗ-головні болі, запаморочення; БГЗ-біль у грудях, задишка; ВВ-відчуття втоми, низька енергія; ЗС-занижена самооцінка; НП - негативне самосприйняття

Зважаючи на те, що кореляційний аналіз показав більш тісний зв'язок заниженої самооцінки із психосоматичними нездужаннями за шкалою «головні болі, запаморочення» ($r=0,56$ і $0,39$ відповідно), аніж із негативним

самосприйняттям, то значимість цифрових значень за шкалою «відчуття втоми» є більш вищою у взаємодії з нею ($r=0,42$).

Висновок до розділу 2

Дослідження виконано на базі Подільського онкологічного центру. В ньому брали участь 43 пацієнта, які звернулись за психологічною допомогою до онкологічного центру, з питань щодо емоційних порушень різного ступеня.

Метою експерименту було визначення основних чинників, що впливають на виникнення психосоматичних розладів та емпіричне вивчення особливостей «Я» образу осіб із психосоматичними недугами. Досліджувалися такі показники як самооцінка, самоставлення, самосприйняття, самоцінність, а також показники проявів соматичних симптомів, таких як біль у грудях, проблеми зі шлунком та кишковиком, біль у руках та ногах, головні болі та запаморочення, проблеми зі сном, а також відчуття втоми та низький рівень енергії.

Було виділено контрольну та експериментальну групи. До контрольної увійшли респонденти, які не мали проблем з психічним та соматичним здоров'ям, не перебували на диспансерному обліку у лікарів і не пред'являли ніяких скарг на стан фізичного та психологічного здоров'я і благополуччя. До експериментальної групи увійшли респонденти, які мали симптоми, які є симптомами психосоматичних розладів.

Діагностика самооцінки пацієнтів, які мають психосоматичні розлади показала наступне:

1. За результатами опитування в усіх респондентів експериментальної групи, які брали участь у дослідженні було визначено занижений рівень самооцінки та порушене самосприйняття («Я» образ), що, на нашу думку, провокує на негативну реакцію організму, у результаті чого виникають психосоматичні розлади.

2. Емпірично було встановлено досить низький рівень загальної самооцінки та її складових у осіб з психосоматичними розладами. Так, за опитувальником Уайнхолд низький рівень мають - 83,9% опитаних за шкалою «Здійснення впливу», 89,7% респондентів - за шкалою «Прийняття себе». Загальний показник за шкалою «Самооцінка» показав, що у 87,6% опитаних низький рівень, і лише 12,4% мають середній рівень.

3. Дослідження тривоги та депресії за госпітальною шкалою HADS показали, що клінічно виражені симптоми тривоги притаманні 79,05% осіб, субклінічні – у 20,95 % осіб. В той же час клінічно виражені симптоми депресії було зафіксовано у 81,58% осіб, субклінічні – у 18,42% осіб.

Таким чином у досліджуваних було визначено високі показники тривоги та депресії.

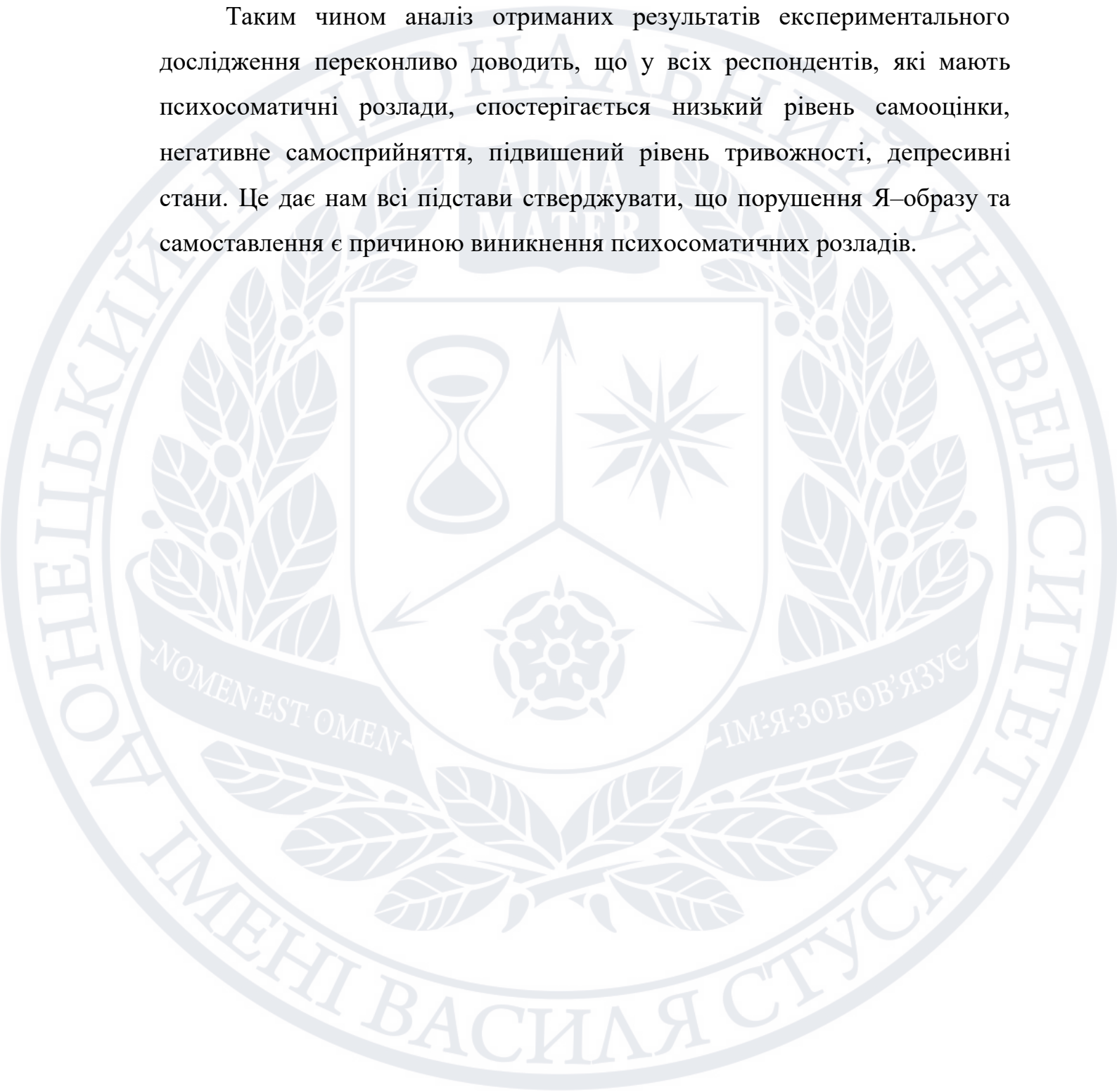
4. Вивчення рівня самоставлення показало, що показники за всіма досліджуваними шкалами переважно на низькому рівні вираженості, в діапазоні значень 17,83%-98,72%. Середній рівень вираженості показників було констатовано за такими шкалами як «Самозвинувачення», «Самоприв'язаність», «Внутрішня конфліктність». Найнижчі показники за шкалою «Самосприйняття» (1,28 %).

5. Вивчення показників ставлення респондентів до власного професійного «Я» образу за методикою непрямого вимірювання самооцінок показав, що усі респонденти (100%) мають негативне самосприйняття професійного «Я» образу. До того ж - 43% респондентів мають занижену самооцінку професійного «Я» образу. Загальне середнє значення коефіцієнту кореляції Спірмена дорівнює 0,335, що вказує на прямий тісний кореляційний зв'язок між досліджуваними показниками (негативне самосприйняття і занижена самооцінка) у осіб з психосоматичними розладами.

7. Результати опитування також підтвердили факт того, що у респондентів експериментальної групи високі показники прояву соматичних симптомів, а саме: часті запаморочення 77,4%, головні болі

89,2%, біль у грудях 85,6% , відчуття втоми 82,2%, проблеми зі сном 88,9%. У респондентів контрольної групи рівень соматичних симптомів мінімальний, а отже ризик виникнення психосоматичних розладів малий.

Таким чином аналіз отриманих результатів експериментального дослідження переконливо доводить, що у всіх респондентів, які мають психосоматичні розлади, спостерігається низький рівень самооцінки, негативне самосприйняття, підвищений рівень тривожності, депресивні стани. Це дає нам всі підстави стверджувати, що порушення Я–образу та самоставлення є причиною виникнення психосоматичних розладів.



РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ВНАСЛІДОК ПОРУШЕННЯ ОБРАЗУ «Я»

3.1. Основні завдання, зміст та методи роботи з реабілітації осіб з психосоматичними розладами

Люди з психосоматичними розладами - це особлива і дуже складна категорія пацієнтів для медичної і фізичної реабілітації, які мають класичні захворювання, що супроводжуються виникненням органічної патології під дією психологічних чинників. Лікування в такому випадку має бути спрямоване передусім на психічний стан людини.

Складність реабілітації полягає у тому, що, як правило, це найчастіше люди середнього віку і старші. В цьому віці у багатьох людей мають місце супутні захворювання, такі як гіпертонічна хвороба, пептична виразка шлунку, бронхіальна астма, неспецифічний виразковий коліт, нейродерміт, інфаркт міокарду, мігрень тощо. Психологічні та поведінкові чинники, змінюючи реактивність організму, відіграють важливу роль у виникненні та перебігу і інших захворювань (ендокринних, інфекційних, злоякісних), але при цьому не є первинними етіологічними факторами[17].

Під час проведення програми тренінгу необхідно дотримувались наступних принципів роботи у групі:

1. Відкритість та чесність. Під час групової роботи учасникам необхідно бути відкритими та чесними, не приховувати своїх почуттів навіть у ситуаціях, які здаються «непристойними». Якщо учасник під час роботи відчуває симпатію до одного з учасників або, навпаки, ворожість, про це слід повідомити. Заборонено брехати. Якщо хтось не хоче про щось говорити, він теж має це сказати.

2. Відмова від використання «Ярликів». Члени групи повинні прагнути зрозуміти, а не критикувати інших. Оцінка - це ярлик, який

зазвичай визначає людину. Краще не оцінювати людину в цілому, а говорити про окремі сторони, вчинки. Це єдиний спосіб уникнути образи чи приниження інших.

3. Конструктивний зворотний зв'язок проявляється при передачі власних почуттів, в тому числі негативних. Наприклад: «Я побачила тебе з іншої сторони і для мене це було неприємно»; «Я відчуваю сильну злість, коли ти з так зухвалью розповідаєш про своїх колег з роботи».

4. Контроль поведінки. Цей принцип виражається у формі «Можна говорити що завгодно, але не можна все». «Ви не можете проявляти неконтрольовані емоції, переважно агресивні та сексуальні.» Під час групової роботи вираження ваших емоцій може бути дозволено або заохочено, але це тільки під вашим контролем. Приклад: Реалізація емоцій у психодраматичних вправах. пантоміметичне вираження бажань і емоцій у розумовій гімнастиці; вираження пригнічених емоцій за допомогою: прийомів, що практикуються в групах зустрічей (штовхання подушки стиснутим кулаком, заміна особи, яка викликала агресію, співчуття та комфорт); (наприклад, погладжування члена групи в потреба).

5. Відповідальність. Кожен член групи відповідає за інших членів групи. Він має обов'язок не пропускати заняття і залишати групу. Однак, якщо виникає напружена ситуація, або вона стає нестерпною, а бажання вийти з групи стає більше, ніж бажання звільнитися від своїх проблем, учасники групи повинні повідомити своє рішення, і не йти без попередження.

6. Правило «Годі». Кожен учасник групи має право припинити будь-яку розмову, пов'язану з ним, без пояснення причин. Решта групи має виконувати такі прохання. Це правило дає членам групи почуття впевненості та самозахисту від групового тиску. Якщо група має це право, вона зазвичай рідко використовується.

7. Дотримання конфіденційності. Це правило забороняє виносити інформацію інтимного характеру за межі групи. Дане правило у аналітично-орієнтованих групах формулюється ще більш безумовно:

- Члени групи мають мовчати про все, що відбувається у групі.
- Не варто обговорювати те, що відбувається поза групою.

8. Толерантність. Учасники повинні терпляче вислуховувати відверті думки інших членів групи. Навіть якщо зміст цих думок не відповідає вашим особистим переконанням чи власним принципам.

Основні принципи психологічної реабілітації хворих:

- ранній початок реабілітаційних заходів;
- безперервність реабілітаційних заходів;
- послідовність у проведенні заходів;
- зручність у проведенні заходів;
- комплексний характер заходів;
- етапність;
- ефективність реабілітаційних заходів;

Мета реабілітації психосоматичних хворих полягає у відновленні здоров'я хворого пацієнта, підвищення рівня усвідомлення пацієнтів власної особистісної самоцінності, а також повернення до нормального способу життя, без психосоматичних розладів[41].

Перелік методів і форм роботи: міні-лекції в аудіо-форматі, елементи арт-терапії, груповий чат взаємопідтримки, індивідуальні чати із кожним учасником для зворотнього зв'язку щодо завдань; афірмації, есе, техніки для самоаналізу та пізнання внутрішньої картини себе.

Очікувані результати:

1. Підвищення показників позитивного самоставлення, зменшення рівня внутрішньої неприязні, усвідомлення себе як цінного Я.
2. Опанування адаптивних рефлексивних стратегій мислення.

3. Досягнення психоемоційної стійкості особистості у вирішенні ситуацій життєвих труднощів, здатності керувати переживаннями.

3.2. Програма психологічного тренінгу групової психотерапевтичної роботи

Програма психологічного тренінгу психотерапевтичної роботи з психосоматичними проблемами має наступні характеристики:

За характером направленості: каузальна корекція (направлена на джерела і причини психологічних проблем).

За змістом: корекція особистісних особливостей, поведінкових аспектів, корекція емоційної сфери.

За формою роботи: групова

За масштабом вирішуваних задач: спеціальна (комплекс прийомів, методик і організаційних форм роботи з клієнтом або групою клієнтів одного віку, які є найбільш ефективними для досягнення конкретних завдань формування особистості, окремих її властивостей або психічних функцій).

За тривалістю: короткотривала – 16 днів по 2-4 години (всього 40 год)

Зміст програми групової роботи

<p>Блок 1 «Вияв образу Я»</p> <p>Знайомство учасників групи, навчання учасникам працювати за умов тренінгу, виготовлення та прийняття правил роботи у групі та виділення власних психосоматичних захворювань і знайомство з ними (розраховано на 2 дні)</p>	<p>Вправа «Знайомство» (45-50)</p> <p>Вправа «Я тебе знаю» (45-50)</p> <p>Вправа «Прояв відвертості» (45-50)</p> <p>Міні-лекція «Що таке психосоматика» (30-35)</p>
---	---

	<p>Вправа «Чи впізнаєте ви мене» (45-50хв)</p> <p>Вправа «Я себе малюю » (55 хв)</p> <p>Вправа «Розкажу тобі все» (35-45)</p> <p>Вправа «Інтерв'ю»(40-50)</p> <p>Вправа «Мої вміння і якості»</p>
<p>Блок 2. «Формування групової динаміки»</p> <p>Зняття напруги, підвищення уваги учасників до того, що відбувається на тренінговому занятті, розвинути навички уважного слухання та навчитися описувати власне захворювання.(розраховано на 2 дня)</p>	<p>Вправа-розминка</p> <p>«Розкажи те, що ніхто не знає» (50-60 хв)</p> <p>Вправа «Жахлива таємниця» (45 хв)</p> <p>Вправа «Розкажи мені хто я» (45хв)</p> <p>Вправа «Моя сміливість»(50-55хв)</p> <p>Вправа «Врач і пацієнт » (55-60хв)</p> <p>Вправа «Рада лікарів» (55-60)</p> <p>Програма афірмації</p>
<p>Блок 3 «Вивчення ставлення до власного психосоматичного захворювання, переклад сприйняття психосоматичних проблем в іншу форму (метафоричну)»</p>	<p>Вправа «Моя метафора»(50-60)</p> <p>Вправа «особисті синоніми»(40-45)</p> <p>Вправа «Сильві сторони» (45-55хв)</p>

<p>активізації»Я» образного мислення, вміння нестандартно презентувати себе, встановлювати асоціативні зв'язки(розраховано на 3 дня)</p>	<p>Міні-лекція «Взаємозв'язок метафори і життя людини» (40-45) Вправа «нестандартна назва захворювання» (45-50) Вправа «Малюнок нестандартної хвороби»(45-50) Арт-терапія Вправа « моя хвороба на папері» (40-45)</p>
<p>Блок 4 «Знайомство з внутрішньою картиною захворювання через взаємодію з іншими людьми» усвідомлення того, як захворювання допомагає у житті людини, створення групи довірчої атмосфери, ознайомлення із внутрішньою картиною захворювання через взаємодію з іншими людьми.(Розраховано на 3 дня)</p>	<p>Вправа «Страхи»(40-50хв) Вправа «Що мене лякає»(35-45) Вправа « мої страхи»(45-50) Вправа «я думаю, що хвороба-це»(45-55) Вправа «Скелет недуги»(45-50) Вправа «Корисність захворювання »(50-60хв) Вправа «Дякую хворобі за...»(40-50)</p>
<p>Блок 5 « Корекція самоставлення та розвиток впевненості у собі та своїх вмінь»</p>	<p>Вправа «Балада про себе» (50-55Хв)</p>

<p>Створення умов для роботи з психосоматичними хворими, сприяння підвищенню особистої ціноості, підвищення своєї самооцінки та відпрацювання навичок впевненої поведінки та самопізнання (розрахована на два дні)</p>	<p>Вправа«формула любові до себе » (40-50хв)</p> <p>Вправа«Створи впевненість» (40-45хв)</p> <p>Вправа«Відчуй впевненість» (50-55хв)</p> <p>Вправа«Я володар/володарка» (50-55хв)</p> <p>Вправа «Справжній Я» (45-55хв)</p>
<p>Блок 6 «Усвідомлення власної форми уникнення внутрішнього конфлікту, знайти власний спосіб жити без психосоматичного захворювання»</p> <p>Ознайомлення з уявленнями про конфлікт та асоціаціями, пов'язані зі словом «конфлікт», пошук форми уникнення внутрішнього конфлікту як джерела захворювання. (Розраховано на три дні)</p>	<p>Вправа «Асоціації» (50-55Хв)</p> <p>Вправа «мої синоніми»(40-50хв)</p> <p>Вправа «Порив»(45-50 хв)</p> <p>Вправа «подолай це»(45-55хв)</p> <p>Рольова гра «Згладжування конфліктів»(45-55хв)</p> <p>Вправа «Гід, для уникнення внутрішнього конфлікту»(45-55хв)</p> <p>Вправа«Скажи захворюванню бувай» (45-50хв)</p>

Представлено програму психологічного тренінгу психотерапевтичної роботи з психосоматичними проблемами. Розроблено 6 тематичних блоків: вияв свого «Я» образу, виділення власних психосоматичних захворювань та знайомство з ними; знайомство з внутрішньою картиною захворювання через взаємодію всесвіту з іншими людьми; усвідомлення того, як захворювання допомагає в житті, корекція ставлення до себе та розвиток впевненості у собі, пошук шляхів уникнення внутрішнього конфлікту та способу жити без психосоматичного захворювання.

Програма тренінгу «На шляху у психосоматики» включає курс із шести блоків, спрямованих на покращення стану психосоматичного здоров'я учасників групи.

Завдання психологічного тренінгу «На шляху у психосоматики»:

- розширити систему знань про внутрішню картину захворювання;
- дослідити джерело та симптоми психосоматичних захворювань;
- актуалізувати діяльність, спрямовану поліпшення здоров'я.

В основі розробки та створення вправ та програми тренінгу використані сучасні напрямки психотерапії: гештальттерапія, психодрама, позитивна терапія. На заняттях використовуються групові методи (робота по колу, робота парами, обговорення), методичні прийоми та засоби проведення тренінгу (ігри-розминки, вправи, проєктні методи, міні-лекції та ін.)

3.3. Результати апробації програми реабілітації осіб з психосоматичними розладами

Перевірка ефективності реабілітаційної програми проводилось з особами, що страждають на психосоматичні розлади, у яких було діагностовано низький рівень сприйняття свого Я. До реабілітаційної роботи за означеною програмою було включено 21 особу.

З метою встановлення ефективності проведеної роботи в кінці реалізації реабілітаційної програми було проведено контрольний зріз. Так, респондентам, які брали участь у реабілітаційних заходах пропонувалося

повторне тестування методикою Б.Уайнхолд, госпітальною шкалою HADS, шкали соматичних симптомів а також методика В. Століна, С. Пантелєєва.

Відмінність між показниками до та після проходження тренінгової програми оцінювалась за допомогою t-критерію Стьюдента.

Статистична двостороння значимість менше 0,05, що свідчить про наявність значимих відмінностей між вибірками та дозволяє зробити висновок про зменшення рівня стресу в результаті проходження тренінгу.

Результати реабілітаційної програми за методикою Б.Уайнхолд і Дж. Уайнхолд подані у наведеній нижче таблиці (Табл.3.1).

Таблиця 3.1.
Рівень самооцінки в досліджених групах за опитувальником Б.Уайнхолд і Дж.Уайнхолд

Фактори	День 1	День 14	День 45
Спільна самооцінка	72	78	89
А	19	20	22
Б	20	21	21
В	15	19	22
Г	18	18	24
Значимість Стьюдента			0,018

*А- вміння встановлювати контакт, Б-прийняття себе, В- вміння вплинути на інших, Г-мистецтво постійності.

24-48 - низька самооцінка в більшості областей

49-72 - низька самооцінка в деяких областях

73-96 - висока самооцінка в більшості областей

Таким чином результати на 14 день та на 45 день реабілітаційної програми значно покращились, що свідчить про ефективність проведеної реабілітаційної програми.

Наступна методика, згідно з якою проводились тестування ефективності реабілітаційної програми стала Госпітальна шкала тривоги і депресії. Результати вказані у таблиці (табл 3.2).

Таблиця 3.2.

Показник симптомів тривоги та депресії в динаміці за шкалою HADS

Важкість симптоматики	% \pm m% (n=38)	Середнє значення балів
День 1		
Симптоми тривоги		
Відсутні	0,00 \pm 0,00	0,00 \pm 0,00
Субклінічні	20,95 \pm 8,54	6,61 \pm 0,75
Клінічно виражені	79,05 \pm 8,54	15,00 \pm 3,48
Симптоми депресії		
Відсутні	0,00 \pm 0,00	0,00 \pm 0,00
Субклінічні	18,42 \pm 5,57	9,43 \pm 1,62
Клінічно виражені	81,58 \pm 5,57	15,23 \pm 3,43
День 14		
Симптоми тривоги		
Відсутні	0,00 \pm 0,00	0,00 \pm 0,00
Субклінічні	38,88 \pm 8,81	7,33 \pm 1,52
Клінічно виражені	61,12 \pm 8,81	13,42 \pm 1,04
Симптоми депресії		
Відсутні	0,00 \pm 0,00	0,00 \pm 0,00
Субклінічні	45,27 \pm 9,10	9,26 \pm 1,32
Клінічно виражені	54,73 \pm 9,10	12,38 \pm 1,63
День 45		
Симптоми тривоги		
Відсутні	89,54 \pm 6,23	5,31 \pm 2,63
Субклінічні	10,46 \pm 6,23	15,22 \pm 2,66
Клінічно виражені	0,00 \pm 0,00	0,00 \pm 0,00
Симптоми депресії		
Відсутні	89,57 \pm 6,12	5,12 \pm 2,61
Субклінічні	10,43 \pm 6,12	13,21 \pm 1,57
Клінічно виражені	0,00 \pm 0,00	0,00 \pm 0,00

Як видно з таблиці 3.2., достовірне зменшення відсотку клінічно виражених проявів депресивної симптоматики зареєстровано вже на 14-й день терапії. На завершальному етапі оцінки за шкалою HADS виражені симптоми тривоги та депресії були представлені лише субклінічними проявами лише у 10,46% та 10,43% осіб.

Також констатовано, що після 14-го дня роботи за програмою спостерігалось суттєве зменшення інтенсивності депресивної та тривожної симптоматики.

Після 45-го дня роботи показники нормалізувались, а отже це вказує на зниження симптомів тривоги та депресії порівняно з вихідними даними.

Наступна методика, згідно з якою проводилась перевірка якості реабілітаційної програми - методика В.В Століна та С.Р.Пантелєєва, результати представлені на таблиці (табл 3.3).

Таблиця 3.3.

Співвідношення досліджуваних показників респондентів експериментальної групи (за методикою В. В. Століна, С. Р. Пантелєєва) до і після проведення реабілітаційної програми

Рівень	Корекційна група																	
	Показники за шкалами до експерименту (у %)									Показники за шкалами після експерименту (у %)								
	Відвертість	Самовпевненість	Самокерівництво	Відображ. ставлення	Самоцінність	Самосприйняття	Самоприв'язаність	Внутр. конфліктність	Самозвинування	Відвертість	Самовпевненість	Самокерівництво	Відображ. ставлення	Самоцінність	Самосприйняття	Самоприв'язаність	Внутр. конфліктність	Самозвинування

Продовження таблиці 3.3.

Н	96, 83 %	98, 26 %	96, 51 %	82, 97 %	98, 36 %	98, 72 %	17, 83 %	–	–	–	–	–	–	–	–	33, 74 %	22, 31 %	32, 27 %
С	2,1 7%	1,7 4%	3,4 9%	17, 03 %	1,6 4%	1,2 8%	65, 49 %	20, 18 %	76, 03 %	64, 28 %	48, 29 %	52, 37 %	76, 21 %	43, 62 %	34, 16 %	66, 26 %	77, 69 %	67, 73 %
В	–	–	–	–	–	–	16, 68 %	79, 82 %	33, 97 %	37, 72 %	51, 71 %	47, 63 %	23, 79 %	56, 38 %	65, 84 %	–	–	–

*Н – низький рівень вираженості властивості, С – середній рівень, В – високий рівень

Так, за методикою самоствердження було виявлено якісну динаміку у зростанні рівня віддзеркаленого самоствердження, самоцінності та самоприйняття.

Разом з тим, спостерігаємо зниження рівнів самокритичності та внутрішньої конфліктності, що свідчить про досягнення стану психологічного благополуччя особистості пацієнтів з психосоматичними розладами. Люди стали відчувати себе більш вартісними, гідними поваги і схвалення.

Результати за методикою непрямого вимірювання самооцінок «Я» образу після реабілітації, наведені у таблиці (Табл.3.4) вказують на позитивні зміни, рівень самооцінки підвищився, та яскраво виражене позитивне самоприйняття.

Отже, результати реабілітації вказують на її ефективність. Таким чином реабілітаційні вправи досить результативно впливають на пацієнтів, що страждають психосоматичними розладами.

Таблиця 3.4

Результати за методикою непрямого вимірювання самооцінок професійного «Я» образу після реабілітації

Показання самооцінки	Кількість досліджуваних у %
Позитивне самосприйняття	94%
Негативне самосприйняття	0,6%
Надмірно занижена самооцінка	—
Занижена самооцінка	1,5%
Адекватна самооцінка	98,5%
Завищена самооцінка	—
Надмірно завищена самооцінка	—

Аналізуючи результати, які наведені в таблиці (табл 3.5), можна дійти висновку, що у досліджуваних першої групи, яка мала високі показники соматичних симптомів ситуація значно покращилася. Так, часті запаморочення знизились з 77,4% до 13,1%, головні болі знизились з 89,2% до 16,3%, біль у грудях відповідно знизився з 85,6% до відмітки 14,9%, відчуття втоми у респондентів знизив свою відмітку з 82,2% до 22,1 та проблеми зі сном знизили свої показники з 88,9% до 16,2%.

Таблиця 3.5

Результати реабілітації за шкалою соматичних симптомів SSS-8

Питання	Експериментальна група (Оцінка важкості)	Всього у %
Проблеми зі шлунком або кишечником	2	19,1%
Біль у спині	2	13,6%
Біль у руках/ногах/суглобах	2	24,2%
Головні болі	3	16,3%
Біль у грудях/задишка	3	14,9%
Запаморочення	3	13,1%

Продовження таблиці 3.5

Відчуття втоми або низький рівень енергії	2	22,1%
Проблеми зі сном	3	16,2%

Таким чином ми можемо констатувати, що ступінь проявів соматичних симптомів значно зменшився, пацієнти почуваються краще. Отже наша реабілітаційна програма показав результативний ефект.

Динаміка розвитку соматичних симптомів на початку та наприкінці реабілітації показана на Рис 3.1.

Аналізуючи показники, робим висновок, що реабілітація позитивно вплинула на соматичний стан пацієнтів.

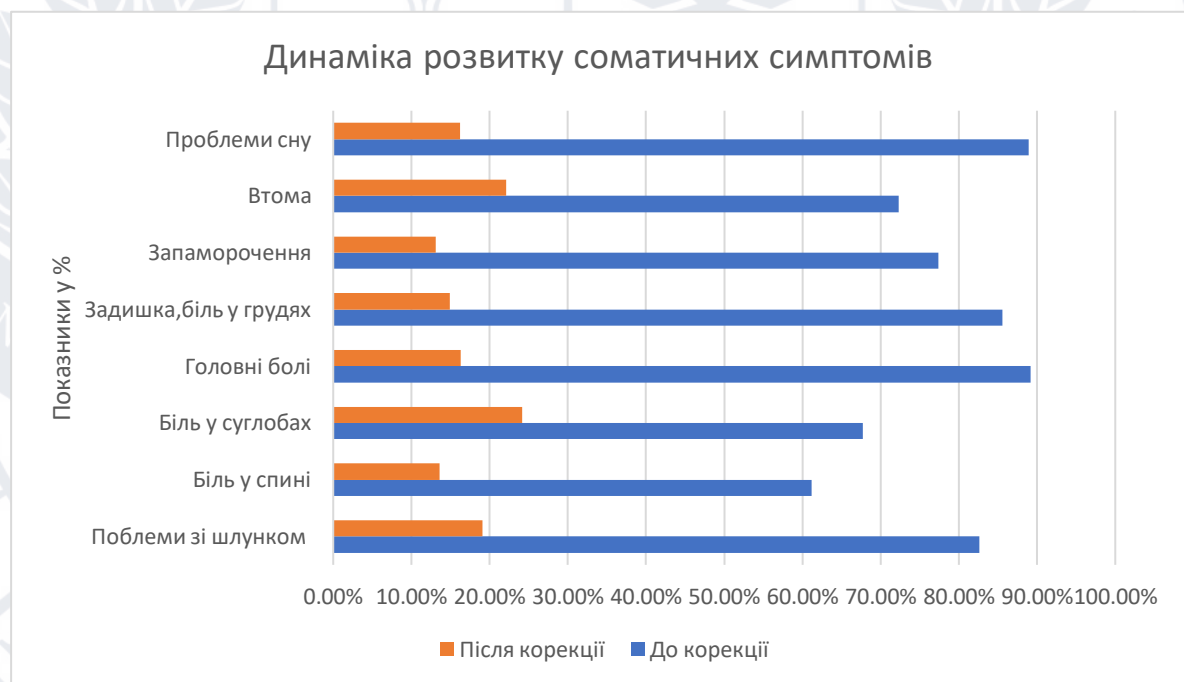


Рис 3.1. Результати реабілітації щодо проявів соматичних симптомів у пацієнтів із психосоматичними розладами.

При проведенні повторної індивідуальної бесіди з кожним пацієнтом після реабілітаційної роботи було встановлено, що їх переживання тих, чи інших обставин в житті, їх реакція на події, органістичні і психологічні відчуття значно змінились. Вони навчились боротись з негативними емоціями, грамотно їх висловлювати, долати будь які прояви тривоги та

хвилювання, а також знайшли в собі сили подивитись на себе з іншого боку і полюбити свою особистість та свій «Я» образ.

Психологам, лікарям, які працюють з психосоматичними хворими, для організації і здійснення цілеспрямованої роботи з розвитку «Я» образу психосоматичних хворих, відповідно до системної ідеології, рекомендується реалізувати в своїй діяльності п'ять основних елементів, а саме:

- уточнити цілі і завдання кожного етапу роботи з пацієнтами;
- представити і грамотно відібрати зміст методик та реабілітаційної програми (в аспекті розвитку відповідних якостей);
- віднестись серйозно і відповідально до роботи з пацієнтами, дотримуючись етично-морального кодексу;
- розробити інструментальне і діагностичне забезпечення реалізованого змісту.

Результати формувального експерименту свідчать про застосування запропонованої мною програми формування позитивного «Я» образу, відзначається позитивна динаміка та зростання багатьох її показників. У зв'язку з вищевказаним, можемо стверджувати, що використання запропонованих методів роботи, спрямована на гармонізацію компонентів самооцінки людей із психосоматичними розладами, значно сприяє:

а) позитивній динаміці та збагаченню знань пацієнтів про власний «Я» образ, особистісні якості та уявлення про важливість позитивного ставлення до себе, що продемонстрували результати анкетування, повторені після формувального експерименту.

б) адекватне усвідомлення особистісної мотивації, пацієнти розуміють, чому виникли психосоматичні розлади, що їх очікує в подальшому, що проявилось у результатах проведеної методики;

в) зміна власної самооцінки, посилення прагнень у пацієнтів духовно зростати та вдосконалюватись, досягати поставлених цілей, усвідомлення

важливості адекватної самооцінки та гідного ставлення до власного «Я» образу;

Узагальнюючи результати, ми можемо констатувати зміни в усіх компонентах «Я» образу людей з психосоматичними розладами – учасників формувального експерименту: збагачення знань про важливість формування адекватної самооцінки та гідного самоставлення, духовне становлення особистості пацієнта, активізацію їх особистісного самовизначення й переосмислення самого себе, посилення прагнень у пацієнтів духовно зростати та вдосконалюватись.

Висновок до розділу 3.

В ході експериментального дослідження була організована робота, орієнтована на формування позитивного «Я» образу осіб з психосоматичними розладами.

1. З врахуванням отриманих результатів констатувального етапу дослідження було створено реабілітаційну програму, що розрахована на 16 днів, з розвитку когнітивного та емоційного аспектів самоцінності особистості людини.

2. Програма реабілітації вміщає в себе сукупність технік і методів гуманістичного напрямку. Головною метою реабілітаційної програми є створення психологічних умов для покращення психосоматичного стану пацієнтів, шляхом покращення їх «Я» образу – досягали за рахунок реалізації таких завдань: створити умови для проведення тренінгу, підвести пацієнтів до розуміння позитивного «Я» образу, розширити уявлення пацієнтів про себе, свої сильні сторони, духовний саморозвиток, допомогти їм оволодіти навичками активного спілкування, розвинути комунікативні вміння, сприяти формуванню адекватної самооцінки та самоставлення.

3. Результати дослідження засвідчили, що внаслідок застосування реабілітаційної програми виявляється позитивна динаміка та кількісне зростання багатьох її показників: зміна особистісних уявлень щодо своєї

особистості, визначення сильних якостей, у яких спостерігалась низька самооцінка та самоставлення, відбулися зміни змісту всіх компонентів. Аналіз результатів формувального експерименту довів, що значно збільшилась кількість осіб із адекватною самооцінкою, тобто після участі у роботі тренінгу пацієнти усвідомили важливість «Я» образу та почали краще ставитися до себе, усвідомивши наявність власних сильних сторін.

4. З метою виявлення ефективності впровадженої психокорекційної програми було проведено контрольний зріз, результати якого продемонстрували якісну динаміку у зростанні рівня самоцінності та самоприйняття разом зі зниженням рівнів внутрішньої конфліктності, підвищення загального рівня управління емоціями та самомотивації до позитивної оцінки свого Я.

Виявлені зміни у самооцінці респондентів, де загальна кількість осіб із низькою самооцінкою в експериментальній групі підвищилась до високого рівня.

4. Розроблено практичні рекомендації психологам, лікарям, які працюють у закладах охорони здоров'я щодо розвитку когнітивного та емоційного аспектів самоцінності особистості. Дані рекомендації містять в собі умови та етапи реабілітаційної діяльності, орієнтовний перелік технік.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі здійснено теоретичний та емпіричний аналіз, що полягали у вивченні впливу «Я» образу на соматичний стан пацієнтів, причини та роль оцінки особистості у формуванні «Я» образу людини. Результати, отримані в ході дослідження, дають змогу сформулювати такі висновки:

1. Теоретичний аналіз наукових джерел засвідчив, що ставлення до світу і навколишніх, здатність приймати самостійні рішення, чинити вільні і відповідальні дії визначаються характером уявлень індивіда про себе. У зв'язку з цим формування адекватного «Я» образу вважається одним з найважливіших завдань у процесі розвитку гармонійної особистості.

«Я» образ складається в результаті виділення людиною себе із навколишнього середовища, дозволяючи їй відчувати себе суб'єктом своїх станів, переживань, дій, намірів.

Оскільки Я – фактично є відображення самого себе, погляд на себе зсередини, то в кожній людини відповідно встановлюється власний «Я» образ. Він може бути адекватним і неадекватним, узгодженим і порушеним, так як залежить від афективної оцінки уявлення про себе. В структуру «Я» образу входять такі особливості як уявлення про свої риси характеру, здібності, зовнішність, соціальну значущість та ін. Зміст «Я» образу є фактором диференціації (знання, що відрізняють Я суб'єкта від інших, і знання, які змушують почуватися унікальним і неповторним). Він є елементом інтеграції та системою самоідентифікації, яка включає знання загальних характеристик і рис, з якими люди асоціюють себе. Я–образ визначає взаємодію особистості із світом і собою, а отже він є центральною ланкою, що акумулює знання людини про самого себе. З огляду на вищевказані описані дані можна припустити, що саме психологічні особливості особистості є головними психологічними чинниками виникнення та розвитку психосоматичних розладів.

2. Дослідження виконано на базі Подільського онкологічного центру. В ньому брали участь 43 пацієнта, які звернулись за психологічною допомогою до онкологічного центру, з питань щодо емоційних порушень різного ступеня. Метою експерименту було визначення основних чинників, що впливають на виникнення психосоматичних розладів та емпіричне вивчення особливостей «Я» образу осіб із психосоматичними недугами. Досліджувалися такі показники як самооцінка, самоставлення, самосприйняття самоцінність, а також показники соматичних симптомів, такі як біль у грудях, проблеми з шлунком та кишечником, біль у руках та ногах, головні болі та запаморочення, проблеми зі сном а також відчуття втоми та низький рівень енергії. Було виділено контрольну та експериментальну групи. До контрольної увійшли респонденти, які не мали жодних проблем з психічним та соматичним здоров'ям.

До експериментальної групи увійшли респонденти, які не мали проблем з психічним та соматичним здоров'ям, не перебували на диспансерному обліку у лікарів і не пред'являли ніяких скарг на стан фізичного та психологічного здоров'я і благополуччя.

3. За результатами опитування в усіх респондентів експериментальної групи, які брали участь у дослідженні було визначено занижений рівень самооцінки та порушене самосприйняття («Я» образ), що, на нашу думку, провокує на негативну реакцію організму, у результаті чого виникають психосоматичні розлади. Емпірично було встановлено досить низький рівень загальної самооцінки та її складових у осіб з психосоматичними розладами. Так, за опитувальником Уайнхолд низький рівень мають - 83,9% опитаних за шкалою «Здійснення впливу», 89,7% респондентів - за шкалою «Прийняття себе». Загальний показник за шкалою «Самооцінка» показав, що у 87,6% опитаних низький рівень, і лиш 12,4% мають середній рівень. Дослідження тривоги та депресії за госпітальною шкалою тривоги та депресії HADS показали, що клінічно виражені симптоми тривоги притаманні 79,05% осіб, субклінічні – у 20,95 % осіб. В той же час клінічно

виражені симптоми депресії було зафіксовано у 81,58% осіб, субклінічні – у 18,42% осіб. Таким чином у досліджуваних було визначено високі показники тривоги та депресії. Вивчення рівня самоствавлення показало, що показники за всіма досліджуваними шкалами переважно на низькому рівні вираженості, в діапазоні значень 17,83%-98,72%. Середній рівень вираженості показників було констатовано за такими шкалами як «Самозвинувачення», «Самоприв'язаність», «Внутрішня конфліктність». Найнижчі показники за шкалою «Самосприйняття» (1,28 %).

Вивчення показників ставлення респондентів до власного професійного «Я» образу за методикою непрямого вимірювання самооцінок показав, що усі респонденти (100%) мають негативне самосприйняття професійного «Я» образу. До того ж - 43% респондентів мають занижену самооцінку професійного «Я» образу. Загальне середнє значення коефіцієнту кореляції Спірмена дорівнює 0,335, що вказує на прямий тісний кореляційний зв'язок між досліджуваними показниками (негативне самосприйняття і занижена самооцінка) у осіб з психосоматичними розладами. Результати опитування також підтвердили факт того, що у респондентів експериментальної групи високі показники прояву соматичних симптомів, а саме: часті запаморочення 77,4%, головні болі 89,2%, біль у грудях 85,6% , відчуття втоми 82,2%, проблеми зі сном 88,9%. У респондентів контрольної групи рівень соматичних симптомів мінімальний, а отже ризик виникнення психосоматичних розладів малий.

Таким чином аналіз отриманих результатів експериментального дослідження переконливо доводить, що у всіх респондентів, які мають психосоматичні розлади, спостерігається низький рівень самооцінки, негативне самосприйняття, підвищений рівень тривожності, депресивні стани. Це дає нам всі підстави стверджувати, що порушення Я–образу та самоствавлення є причиною виникнення психосоматичних розладів.

4. На основі отриманих результатів констатувального етапу дослідження було створено реабілітаційну програму, що розрахована на 16

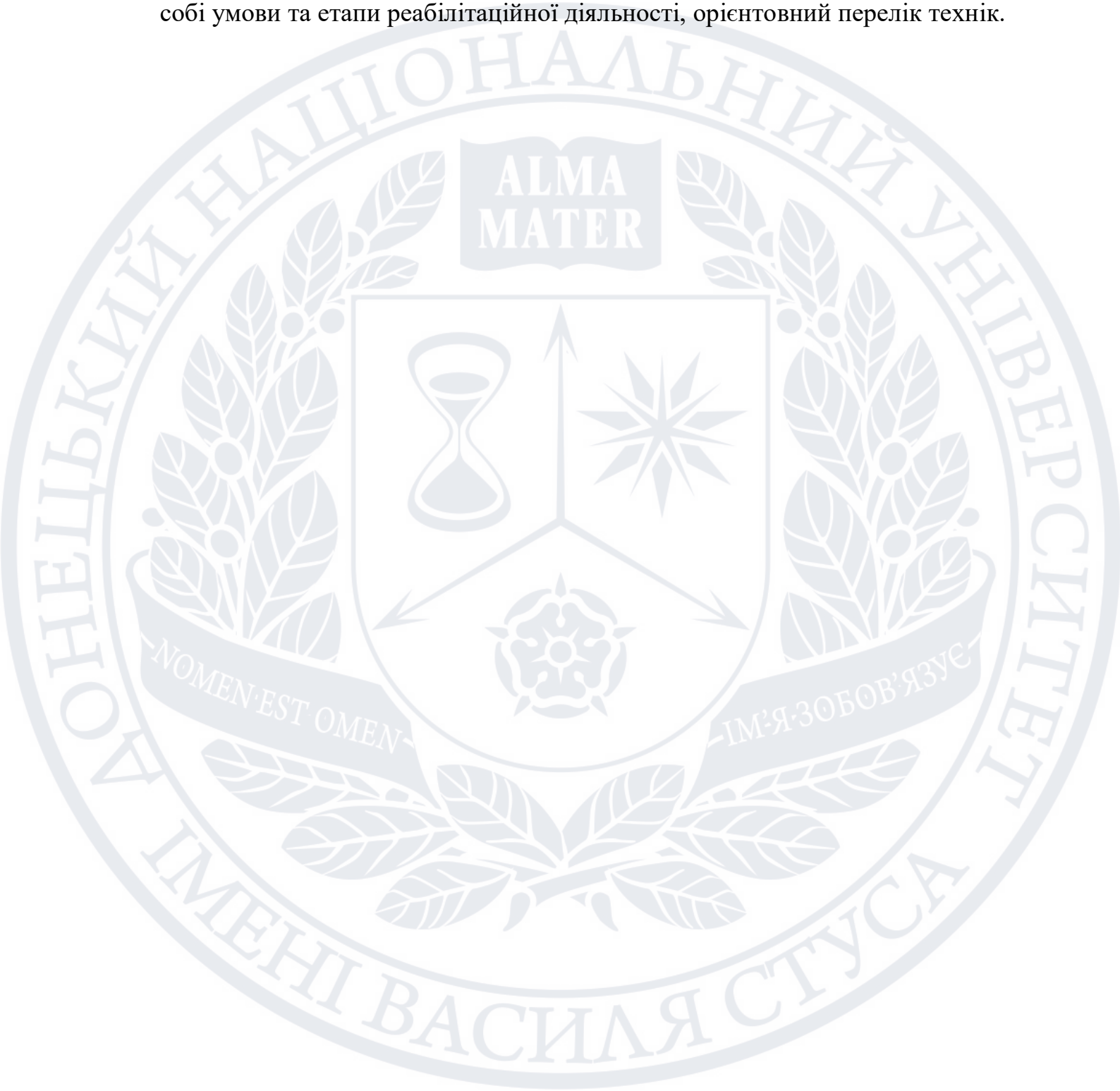
днів, з розвитку когнітивного та емоційного аспектів самоцінності особистості людини. З метою виявлення ефективності впровадженої психокорекційної програми було проведено контрольний зріз, результати якого продемонстрували якісну динаміку у зростанні рівня самоцінності та самоприйняття разом зі зниженням рівнів внутрішньої конфліктності, підвищення загального рівня управління емоціями та самомотивації. Програма реабілітації вміщує в себе сукупність технік і методів гуманістичного напрямку.

Головною метою реабілітаційної програми є створення психологічних умов для покращення психосоматичного стану пацієнтів, шляхом покращення їх «Я» образу – досягали за рахунок реалізації таких завдань: створити умови для проведення тренінгу, підвести пацієнтів до розуміння позитивного «Я» образу, розширити уяву пацієнтів про себе, про свої сильні сторони, про духовний саморозвиток, допомогти пацієнтам оволодіти навичками активного спілкування, розвинути комунікативні уміння, сприяти формуванню адекватної самооцінки та самостворення.

Результати дослідження засвідчили, що внаслідок застосування реабілітаційної програми виявляється позитивна динаміка та кількісне зростання багатьох її показників: зміна особистісних уявлень щодо своєї особистості, визначення сильних якостей, у яких до формувального експерименту був низький рівень уявлень про себе, низька самооцінка та недооцінення себе як особистості, відбулися зміни змісту всіх компонентів. Аналіз результатів формувального експерименту довів, що значно збільшилась кількість осіб із адекватною самооцінкою, тобто після участі у роботі тренінгу пацієнти усвідомили важливість «Я» образу та його систему поглядів по відношенню до себе.

Отже, завдання, поставлені в роботі повністю виконані, мета проведеного дослідження досягнута повністю, гіпотеза доведена. Виявлені зміни у самооцінці респондентів, де більша кількість осіб із низькою самооцінкою в експериментальній групі підвищилась до високого рівня.

Розроблено практичні рекомендації психологам, лікарям, які працюють у закладах охорони здоров'я щодо розвитку когнітивного та емоційного аспектів самоцінності особистості. Дані рекомендації містять в собі умови та етапи реабілітаційної діяльності, орієнтовний перелік технік.



СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ПОСИЛАНЬ

1. Абасалямова Л. М. Створи своє нове Я. Харківський осінній марафон психотехнологій : матеріали науково-практ. конф., м. Харків, 28 жовт. 2017 р. Харків, 2017. С. 14–15.
2. Абасалямова Л. М. Психологічна структура і зміст «Я - тілесного». Актуальні проблеми психології. 2014. № 28. С. 24–39.
3. Арабчук Я. І. Основні джерела і чинники формування особистості. Гуманітарний вісник Запорізької державної інженерної академії. 2011. Вип. № 44. С. 43–46.
4. Боришевський М. Особистість у вимірах самосвідомості : монографія. Суми : вид-во «Еллада», 2014. 608 с.
5. Бочелюк В., Панов М., Спицька Л. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. Перспективи та інновації науки. 2022. № 7(12). URL: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-7\(12\)-542-552](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-7(12)-542-552)(дата звернення: 14.11.2022).
6. Василенко Я. О. Я-тілесне у структурі загальної Я-концепції. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. 2013. № 46. С. 31–37.
7. Візнюк І. М. Психосоматичне здоров'я як фактор психологічної стійкості людини. 13-те вид. Київ : наук. часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2021. 25 с.
8. Волошко Н. І. Психосоматичні захворювання як результат впливу негативних психологічних факторів. Проблеми сучасної психології. 2015. С. 126–134.
9. Волошко Н.І. Психосоматичні хвороби як чинник негативного впливу на психічний стан людини. Проблеми сучасної психології. 2015. С. 126–134.
10. Єрмоленко Т. С. Тривожно-депресивні розлади при ішемічній хворобі серця : Theses. 2015.

URL: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/42086> (дата звернення: 15.11.2022).

11. Ілляк О. О. Методичні рекомендації щодо оцінювання морального духу.

URL: http://moemesto.ru/stav/file/15173491/Metodychn_rekomend_MD (дата звернення: 27.11.2020).

12. Калюжна Є.М., Савченко Н.В. Методологічні підходи до визначення поняття "тілесність" у сучасній психології. Проблеми сучасної психології. 2019. № 2. С. 60–67.

13. Косик М. М., Сорока Т. Б. Мандали як метод самопізнання. Львів, 2014. 52 с.

14. Крутько С. В. Психологічні особливості професійної я-концепції особистості. Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету ім. К. Д. Ушинського. 2013. № 3. С. 89–94.

15. Курова А. В. Психологія особистості. Одеса : вид-во «Фенікс», 2019. URL: <https://doi.org/10.32837/11300.14363> (дата звернення: 15.11.2022).

16. Левицька І. М. Образ фізичного Я та самоставлення як регулятивні чинники поведінки особистості. Проблеми сучасної психології. 2017. № 2 (12). С. 98–103.

17. Мозгова Г., Візнюк І.М. Психологічна реабілітація психосоматичних хворих працездатного віку. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки. 2021. С. 62–73. URL: [https://doi.org/10.31392/npu-nc.series12.2021.16\(61\).06](https://doi.org/10.31392/npu-nc.series12.2021.16(61).06) (дата звернення: 16.11.2022).

18. Мусаелян О. М. Аутоагресивна поведінка особистості: основні концептуальні підходи. Актуальні проблеми психології. Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія. 2014. Т. 1, вип. 40. С. 140–143.

19. Наказна І.М. Психосоматика. Ніжин : вид-во НДУ ім. М. Гоголя, 2011. 132 с.
20. Оніпко З. Самооцінка як чинник професійного становлення особистості. Перспективи та інновації науки. 2022. № 8(13). URL: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-8\(13\)-409-419](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-8(13)-409-419)(дата звернення: 17.11.2022).
21. Павлюсева І. Тренінг - ефективний метод групової роботи. Безпека життєдіяльності. 2012. № 6. С. 28.
22. Папітченко Л. Теоретичний аналіз проблеми значущості самооцінки в структурі гідності особистості. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки. 2020. С. 79–89. URL: [https://doi.org/10.31392/npu-nc.series12.2020.12\(57\).07](https://doi.org/10.31392/npu-nc.series12.2020.12(57).07)(дата звернення: 17.11.2022).
23. Пасічник Р.М., Калмаж Р.О., Засекіна Л.В. Проблеми особистості та загальної психології. 5-те вид. Острог : вид-во Нац. ун-ту «Острозька акад.», 2017. 204 с.
24. Перетятко Л.Г., Тесленко М.І. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. 2017. С. 137–147.
25. Пенькова О.І. Самовдосконалення особистості і її самооцінка. Психологічний журнал. 2015. Т. 1, № 1. С. 74–78. URL: <https://doi.org/10.31108/1.2015.1.1.10> (дата звернення: 17.11.2022).
26. Проблема психосоматики у медицині. Український медичний портал. 2021. 9 лип. С. 1–4.
URL: <https://med-ukraine.info/news/2020/problema-psihosomatiki-u-medicini-1036>
27. Психосоматичні та соматопсихічні розлади в практиці медичного психолога / О.В. Друзь та ін. Одеса : Прес-кур'єр, 2016. 372 с.
28. Пушкар В. А. «Я» образи у структурі Я-концепції особистості та співвідношення понять у психології. 2012. № 4. С. 133–140.

29. Самооцінка та рівень домагань особистості людини : Theses, Ю. Ю. Усік та ін. 2014.

URL: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/34755> (дата звернення: 15.11.2022).

30. Саннікова О.П. Схильність особистості до психологічного подолання суб'єктивно складних ситуацій. Науково-практичний журнал Південного наукового центру АПН України. № 9. С. 49.

31. Сапон Д. М. Тривожно-депресивні розлади при ХБС і фіброміалгії: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Київ, 2016 22 с.

32. Скриніна-Погребна О. В., Бутко О. О. Науково-методичний аналіз аутоагресії в сучасній психології. психологія. 2017. Т. 22, № 2.

33. Словник основних термінів і понять. 2-ге вид. Київ, 2016. 437 с.
URL: <http://infopedia.su/2x69d5.html> (дата звернення: 07.11.2022).

34. Столяренко О.Б. Психологія особистості. навч. посіб. Київ, 2016. 280 с.

35. Тимофієва М.П., Любіна О.Л. Внутрішньоособистісний конфлікт як криза гармонізації особистості. Психологічний вісник. 2017. № 6. С. 111–121.

36. Токарева Н. М., Шамне А. В. Вікова та педагогічна психологія. НУБіП, 2017. URL: <https://doi.org/10.31812/0564/1425> (дата звернення: 17.11.2022).

37. Третьякова Т. М., Лазор К. П., Форманюк Ю. В. Соціальна психологія. Одеса: НУ «ОЮА», 2021.
URL: <https://doi.org/10.32837/11300.14395> (дата звернення: 17.11.2022).

38. Ушакова К.Ю. Феномен «Я-концепція». Педагогіка та психологія. 2014. № 712. С. 186–193.

39. Хамуленко Т.Б., Падафет Ю.Г., Скориніна О.В. Психосоматика: культурно-історичний підхід. Харків : вид-во «Інжек», 2015. 264 с.

40. Харченко Д.М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень : навч. посіб. Київ : вид-во «Слово», 2015. 280 с.
41. Хоменко К. В. Програма реабілітації самоставлення: особливості використання в юнацькому віці. Психологічні науки. 2019. № 7. С. 157–165.
42. Хоменко К. В. Теоретичне обґрунтування програми психокорекційного впливу з підвищення позитивного узгодженого самоставлення в юнацькому віці. Психологія. 2018. № 3. С. 80–88.
43. Червинська О. М. Психосоматика. Психосоматичні розлади. Психосоматичний підхід. Український науково-медичний молодіжний журнал. 2016. № 2. С. 70–72.
44. Шелег Л.С Актуальні проблеми психології : підручник. Київ, 2015. Т. 12 : Класифікація концепцій та основні ознаки психосоматичних розладів. 321 с.
45. Amatore, F., Villani, A. P., Tauber, M., Viguier, M., & Guillot, B. (2019). French guidelines on the use of systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis in adults. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 33(3), 464–483. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/jdv.15340>
46. Dubinka, M.M. (2022). «YA-kontsepsiya» yak faktor profesiynoho samovyznachennya osobystosti z pozytsiy R. Bernsa ["I-concept" as a factor of professional self-determination of an individual from the standpoint of R. Burns]. *Naukovi zapysky. Seriya: Pedagogichni nauky -Proceedings. Series: Pedagogical sciences*, 205. Retrieved from <https://doi.org/10.36550/2415-7988-2022-1-205-94-100>
47. Eikelboom, E. M., Tak, L. M., Roest, A. M., & Rosmalen, J. G. M. (2016). A systematic review and meta-analysis of the percentage of revised diagnoses in functional somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 88, 60–67. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.07.001>

48. Hilman A., Kulesha N. Implementation of the educational and therapeutic program «psychosomatics» in the psychologist's practical activity. Scientific notes of ostroh academy national university: psychology series. 2019. T. 1, № 9. C. 85–90. Retrieved from <https://doi.org/10.25264/2415-7384-2019-9-85-90>

49. Kandrychyn S. V. Psychosomatics of tuberculosis: bibliometric approach. Tuberculosis and lung diseases. 2018. T. 96, № 4. C. 63–67. Retrieved from <https://doi.org/10.21292/2075-1230-2018-96-4-63-67>

50. Momsen, A. H., Nielsen, C. V., Nielsen, M. B. D., Rugulies, R., & Jensen, C. Work participation and health-related characteristics of sickness absence beneficiaries with multiple somatic symptoms. Public Health. 2016. C. 75–82. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.10.018>

51. Rask, M. T., Rosendal, M., Fenger-Gron, M., & Fink, P. Sick leave and work disability in primary care patients with recent-onset multiple medically unexplained symptoms and persistent somatoform disorders: A 10-year follow-up of the FIP study. General Hospital Psychiatry. 2015. T37, C., 53–59.

Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.10.007>