

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

ЖУКОТАНСЬКА ВІКТОРІЯ ПАВЛІВНА

Допускається до захисту:
завідувач кафедри психології,
д.екон.н., к.психол.н., професор
В.А. Оверчук
«___» _____ 2022 р.

**ОСОБЛИВОСТІ Я-КОНЦЕПЦІЇ ОСІБ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ
РОЗЛАДАМИ**

Спеціальність 053 Психологія

Кваліфікаційна (магістерська) робота

Науковий керівник:
Васюк К.М., доцент кафедри
психології,
к.психол.н., доцент

(підпис)

Оцінка: ____ / ____ / ____
(бали/ за шкалою ECTS/за національною шкалою)

Голова ЕК: _____
(підпис)

Вінниця 2022

АНОТАЦІЯ

Жукотанська В. П. У магістерській роботі проаналізовано різні підходи щодо вивчення особливостей формування «Я-концепції» осіб з психосоматичними розладами. Виявлено основні чинники, які впливають на загострення та хронічний стан захворювання. Розглянуто основні причини виникнення психосоматичних розладів, а саме особливості їх корекції та діагностики, концепції яких спираються на психологічні або зазвичай фізіологічні передумови, що зумовлює наявність великого спектру різних явищ, головну роль яких беруть на себе соматичні симптоми, що розглядаються як психопатологічні феномени та соматичні дисфункції. Розкрито головний зміст поняття «Я-концепції» та її вплив на виникнення соматичних симптомів у хворої особи, які спричиненні під дією психосоматичних чинників, що спровоковані внутрішнім станом людини. Проаналізовано образ «Я» особистості і як запобігти загостренню вже існуючої патології та віднайти шляхи ліквідації даної проблеми.

Ключові слова: внутрішня картина хвороби, патологія, психосоматичні розлади, самооцінка, свідомість індивіда, соматичні симптоми, «Я-концепція».

Zhukotanska V. P. The master's thesis analyzed various approaches to studying the peculiarities of the formation of the "self-concept" of persons with psychosomatic disorders. The main factors influencing the exacerbation and chronic state of the disease were identified. The main causes of the occurrence of psychosomatic disorders are considered, namely the peculiarities of their correction and diagnosis, the concepts of which are based on psychological or usually physiological prerequisites, which leads to the presence of a large spectrum of various phenomena, the main role of which is assumed by somatic symptoms, which are considered as psychopathological phenomena and somatic dysfunctions. The main content of the concept of "self-concept" and its influence on the emergence of somatic symptoms in a sick person, which are caused by psychosomatic factors provoked by the internal state of a person, are revealed. The image of the "I" of the individual and how to prevent the aggravation of the already existing pathology and find ways to eliminate this problem are analyzed.

Key words: internal picture of the disease, pathology, psychosomatic disorders, self-esteem, individual consciousness, somatic symptoms, I-concept.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ Я-КОНЦЕПЦІЇ ОСІБ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ	9
1.1 Психосоматичні розлади, прояви та характеристика	9
1.2 Чинники виникнення і розвитку психосоматичних розладів	20
1.3 Підходи до визначення Я-концепції та її структурних складових	30
РОЗДІЛ 2 МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ Я-КОНЦЕПЦІЇ В ОСІБ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ	38
2.1 Опис вибірки та етапів дослідження	38
2.2 Опис методик дослідження	40
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ Я-КОНЦЕПЦІЇ В ОСІБ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ	48
3.1 Аналіз результатів діагностики стану здоров'я осіб з психосоматичними розладами	48
3.2 Аналіз результатів діагностики когнітивного компоненту Я-концепції осіб з психосоматичними розладами	51
3.3 Аналіз результатів діагностики емоційного компоненту Я-концепції осіб з психосоматичними розладами	56
3.4 Результати апробації програми реабілітації осіб з психосоматичними розладами	66
ВИСНОВКИ	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ПОСИЛАНЬ.....	77
ДОДАТКИ	82

ВСТУП

Актуальність проблематики вивчення психосоматики набирає обертів завдяки своїй унікальності. Сьогодні є відповіді на ті питання щодо яких не було розуміння раніше. В теперішній час суспільство чітко ставить рамки щодо тих чи інших захворювань, які спричинені психосоматикою. Психосоматична проблема є фундаментом у вивченні психіки та тіла людини, тому основним питання якої є дослідження про біопсихосоціальну природу людини. Більшість доведених теорій все ж таки піддаються деяким сумнівам та критиці з боку різних дослідників, тому це питання і досі є актуальним на сьогоднішній день через малу базу достовірної інформації та авторитетних доказів дослідження.

Дослідники ще здавна вивчали тісний зв'язок між емоційними реакціями та соматичними змінами в організмі людини. Такі відомі лікарі й філософи, як: Гіппократ, Декарт, Спіноза, Платон завжди приділяли вагому увагу психіці та тілу і розглядали це як одне ціле явище.

Психосоматичні розлади є надважливою темою як зі сфери психології, так і зі сфери медицини, тому що лише чітка картина впливу всіх психогенних факторів та чинників дає повноцінний аналіз та виявлення звідки пішла, та як борються з проблемою. Одним із важливих аспектів є образ «Я-концепції», який безпосередньо впливає на психіку особистості. Те в якому стані і на якому етапі внутрішнього конфлікту буде перебувати людина має свій подальший вплив на перебіг захворювання.

Актуальність психосоматичної проблеми на сьогоднішній день відображається в науці як вираження особистості до самого себе, а роль самооцінки закріплюється в патогенезі соматичних розладів.

Я-концепція виступає певним інструментарієм, який дає змогу більш точно проаналізувати себе із середини, тому що потрібно враховувати як зовнішні, так і внутрішні чинники загального визначення стану людини. Саме тому слід об'єднати психосоматику та Я-концепцію для повної картини стану хворих, які були жертвами психосоматичних факторів.

Психосоматичний розлад (захворювання) неможливо пояснити лише шляхом дослідження лише однієї із підсистем (властивостей) - психічної або соматичної. Такий стан в організмі людини виникає за допомогою взаємодії між підсистемами організму людини та з навколишнім середовищем. Саме тому важливо чітко розуміти межі та чинники, що впливають на той чи інший стан людини. Адже саме за допомогою правильного розуміння цих зв'язків можна ефективно вплинути на захворювання, в тому числі психотерапевтичними методами.

Мета дослідження: виявити відмінності Я-концепції в осіб, у яких було діагностовано психосоматичні розлади та визначення можливих негативних проявів Я-концепції в осіб, що мають психосоматичні розлади.

Завдання:

- проаналізувати образ «Я-концепції» у осіб, які мають соматичні симптоми та фактори впливу, що мають найбільш виражений характер провокування та загострювання хвороби;
- визначити специфіку формування змін у осіб різних груп із різними психосоматичними захворюваннями;
- провести дослідження, яке дасть можливість виявити вираженість психосоматики серед хворих та здорових людей;
- дослідити та виявити основні чинники, що впливають на виникнення психосоматичних розладів;
- визначити основні методи корекційного діагностування осіб з психосоматичними розладами.

Об'єктом дослідження є Я-концепція.

Предметом дослідження є особливості Я-концепції осіб з психосоматичними розладами.

Гіпотеза дослідження. У осіб з психосоматичними розладами на відміну від здорових осіб можуть спостерігатися негативні прояви Я-концепції, а саме низька самооцінка, спустошення, віддалення від близьких, відмова від спілкування, приховування проблем, які загрожують самому собі.

Для розв'язання та реалізації поставлених завдань були використані наступні **методи** дослідження: загальнонаукові (аналіз, синтез, узагальнення, класифікація); емпіричні (тестування; анкетування); корекційні (соціально-психологічний тренінг).

У дослідженні використовувались наступні **методики**: методика М. Куна «Хто Я», методика Р. Бернса «Автопортрет», методика Г. М. Казанцевої «Визначення рівня своєї самооцінки», методика «Самоопитувальник стану здоров'я пацієнта PHQ», Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг (Giesener Beschwerdebogen, GBB), методика «Шкала Бекка».

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечена комплексним підходом до предмету вивчення даної проблематики та чіткими завданнями дослідження, широким спектром використаних психодіагностичних методик та сучасних методів організації експерименту і статистичної обробки результатів конкретно підібраної вибірки.

Наукова новизна полягає у:

- аналізі й вивченні образу «Я-концепції» у осіб, які мають соматичні симптоми та факторів впливу, що мають найбільш виражений характер провокування та загострювання хвороби;
- визначенні специфіки формування змін Я-концепції у осіб зі спеціально підібраних груп із різними психосоматичними захворюваннями та виявленні вираженості психосоматики серед хворих та здорових людей;
- виявленні основних чинників, що впливають на виникнення психосоматичних розладів у вибраних груп осіб і визначенні основних методів корекційного діагностування даних осіб з психосоматичними розладами;
- обґрунтуванні та експериментальній перевірці ефективності корекційної програми формування уявлень про важливість цілісної та позитивної Я- концепції у людей з психосоматичними розладами;
- розробці та апробації авторської корекційної програми реабілітації осіб з психосоматичними розладами, яка була спрямована на підвищення рівня

самооцінки та адаптації в ситуації нестабільного емоційного та психічного стану людини.

Теоретичне значення роботи полягає у: характеристиці психосоматичних розладів та розкритті сутності Я-концепції; підборі комплексу методик для діагностування рівня своєї приналежності та ідентифікації власного «Я»; визначенні впливу образу «Я» на соматичні чинники, які і викликають захворювання, спричиненні внутрішнім та зовнішнім конфліктом.

Практичне значення дослідження полягає у виявленні індивідуально-психологічних відмінностей у людей, які мають психосоматичний розлад та у здорових осіб, а також визначенні впливу усіх психогенних факторів, що хоча б якось можуть впливати на зміни в здоровому організмі людини під дією несприятливих умов функціонування та порушення ритму життя на різних рівнях.

Положення, які виносяться на захист:

1. Я-концепція як структурний елемент для визначення внутрішнього самопочуття та стану людини, за допомогою підходів якої можна чітко оцінити що призвело до порушення балансу в організмі людини та як можна запобігти негативному впливу з боку психогенних факторів.
2. Самосвідомість як провокація різних негативних ситуацій через перебільшуваність або ж навпаки не реагування на певну проблему, яка турбує особу та заважає її нормальному життю, що згодом призводять до соматичних симптомів. Важливість усвідомлення себе, своєї сутності та свого життя для нормального та здорового функціонування особи.
3. Психосоматичні захворювання досить легко плутаються з іншими розладами, тому задля здорового функціонування особи виникає необхідність своєчасного реагування на ознаки організму та не залишення їх осторонь.

Апробація результатів дослідження підтверджується довідкою Подільського регіонального онкологічного центру Вінницької області про впровадження результатів експериментального дослідження на тему:

«Особливості Я-концепції осіб з психосоматичними розладами», яка наведена в додатках.

Результати дослідження також відображено у Віснику студентського наукового товариства Донецького національного університету імені Василя Стуса 2022 року у серії «Психологічні науки» та у матеріалах VII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я», яка відбулась 17 листопада 2022 року у м. Києві, що підтверджується сертифікатом учасника, який наведено в додатках даної роботи.

Зміст **публікацій** наведено у додатках та матеріалах вищезгаданих конференцій, тематика публікацій: «Специфіка психосоматичних розладів, їх прояви та характеристика» та «Я-концепція особистості та її суб'єктивно-психологічна структура».

Структура роботи складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (63 найменувань) та додатків. Основний обсяг роботи складає 76 сторінок, загальний – 145 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ НА ОСОБИСТІСТЬ ХВОРОГО

1.1 Психосоматичні розлади, прояви та характеристика

Всі концепції розвитку психосоматичних захворювань та розладів спираються на психологічні або зазвичай фізіологічні передумови, що зумовлює наявність великого спектру різних явищ. Саме головну роль все ж таки беруть на себе соматичні симптоми, які розглядаються як психопатологічні феномени та соматичні дисфункції одночасно. Найголовнішим чинником виникнення таких розладів слугують стрес та соматичні симптоми. Всі ці види розладів спричинені дією певних факторів, а саме змінами деяких функцій головного мозку.

Термін «психосоматика», можна трактувати виходячи з його слів (грец. *psyche* - душа, *soma* - тіло) – це певні функціональні розлади внутрішніх органів або систем людського організму, формування та протікання яких пов'язані з особливостями психічного реагування особистості, або такі, що розвиваються внаслідок впливу стресу, психічної травми та інших психологічних чинників.

Психосоматичні розлади - це психічні захворювання, при яких людина відчуває фізичні симптоми, що не пояснюються жодним соматичним захворюванням. Психосоматичний розлад діагностується за наступних умов. Фізичні симптоми хворого не є наслідком соматичного захворювання, психічного розладу або наслідком вживання психотропних та наркотичних речовин. Відсутній момент симуляції симптомів (пацієнт вдає, ніби має фізичні симптоми, для зовнішньої вигоди) або симулятивного розладу (пацієнт виявляє фізичні симптоми для внутрішньої вигоди). Симптоми розладу завдають суттєвої шкоди професійному, соціальному та повсякденному життю людини. Серед форм психосоматичних порушень відокремлюють сім основних різновидів психосоматичних розладів.

Соматоформний розлад (Синдром Бріке). Прояви соматоформного розладу зазвичай з'являються до тридцятирічного віку — у жінок частіше, ніж у чоловіків. Основні симптоми: біль у щонайменше чотирьох ділянках тіла, проблеми з репродуктивною системою (еректильна дисфункція або асексуальність), захворювання шлунково-кишкового тракту, зокрема діарея та нудота, а також псевдоневрологічні симптоми (сліпота або запаморочення). Особливе місце серед соматоформних розладів займають розлади з вираженою вегетативною дисфункцією, для яких в МКХ-10 навіть виділена рубрика F45.3 «Соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи». Соматоформна вегетативна дисфункція (СВД) — це стан порушеної нейрогуморальної регуляції внутрішніх органів (серцево-судинної системи, органів дихальної системи, залоз внутрішньої секреції тощо) [55].

Вперше визначення психосоматичних розладів було зроблено S. L. Halliclay у 1943 році: «Психосоматичним захворюванням слід вважати таке, природу якого можна зрозуміти лише зі встановленням безумовного впливу емоційного фактора на фізичний стан».

Психосоматичний розлад (захворювання) неможливо пояснити лише шляхом досліджуваної однієї із підсистем, а саме їх властивостей, психічної або соматичної. Такий стан в організмі людини виникає за допомогою двох чинників: взаємодія між підсистемами організму людини та саме з навколишнім середовищем. Саме тому дуже важливо чітко розуміти всі межі, та який саме чинник впливає на той чи інший стан людини, тому що за допомогою правильного розуміння цих зав'язків, можна ефективно вплинути на захворювання, в тому числі психотерапевтичними методами [44].

Традиційно для конкретного визначення психосоматичних зав'язків розрізняють два основних підходи, які виникають саме у хворої людини: - психоцентричний, за допомогою якого можна дослідити вплив на розвиток хворої особи, а саме хронічного та гострого стресу з огляду на певні конституційні особливості та психічний стан хворого; - соматоцентричний, в рамках цього підходу досліджується вплив клінічних проявів пацієнта та

перебіг стану (розладу) на суб'єктивне сприйняття свого захворювання самим пацієнтом. Також аналізуються соматогенні і психогенні стани, які зумовлювались психотравмуючими подіями, що саме й призвело до соматичного захворювання.

Проблема сучасної медицини стосовно психосоматичних захворювань- є однією із найбільших проблем, яка вивчається вже дуже довго, протягом декількох століть і саме стосовно неї існують неоднозначні погляди багатьох авторів [43; 44].

А.Б. Смулевич визначав, психосоматичні розлади, як групу хворобливих станів, яка під дією психічних і соматичних факторів проявляється саме соматизацією психічних розладів, які мають вплив на саме соматичне захворювання, а також, коли соматична патологія розвивається під дією психогенних факторів.

З визначення, можна зробити висновки, що психосоматичні розлади можуть зустрічатись при різних захворюваннях. Тобто вони не є певною мірою настільки специфічними, що відносяться лише до конкретних чинників. У літературі прийняти вважати психосоматику, як науковий напрямок, який досліджує безпосередньо вплив психіки і функцій організму людини. Також важливим є дослідження емоційного стану людини, і те як вона під час нього може функціонувати, та які розлади можуть бути притаманні в тому чи іншому випадку [55].

Повернемось до загальноприйнятого визначення, що психосоматика- це галузь медицини, яка досліджує і лікує захворювання спричиненні патологією соматичних розладів, що зумовлені психогенними факторами. Психосоматика не є самостійною галуззю в медицині, це підхід, який дає змогу розпізнати та дослідити всі фізіологічні, психічні, соціально-психологічні, екологічні та біологічні чинники та саме причини, які і призводять до появи патологічної соматичної хвороби у людини. Надзвичайно велика зацікавленість та різні погляди фахівців в медичній галузі та психологічній, як на біологічний об'єкт, а

не особистість людини її приналежність та ідентичність, і призвели до неправильних міркувань щодо цінностей та ідей в медицині.

Як і в медицині так і в психології, застосовується психосоматичний підхід:- можна стверджувати, що саме це досягнення в якійсь мірі і об'єднало ці дві галуззі науки, завдяки різноманітним методам дослідження та діагностування, надає фахівцю повну картину цілісного образу людини, та допомагає працювати більш конкретно та точно [51].

Своєрідністю психосоматичних розладів є те, що їх можна дуже легко сплутати із симптомами іншого захворювання, яке має якісь певні ознаки притаманні психосоматичному розладу. Тому у більшості випадків пацієнтів діагностують невірно і вони змушені лікуватись у лікарів загального профілю, при цьому покращення або взагалі не буде, або буде значне покращення, яке має короткотривалий ефект. При цьому людина все одно буде перебувати у стані психосоматичного розладу, поки саме цю проблему не діагностують та не будуть виправляти. Одужання може здаватись- маревом, таким чином можна тільки завдати шкоди пацієнту обравши хибну терапію [27].

За даними ВООЗ, понад 40 % усіх пацієнтів, які лікуються у терапевтичних стаціонарах, належать до групи т. зв. психосоматичних хворих, тобто практично кількісно не поступаються гострим респіраторним захворюванням. Також було доведено вже неодноразово, що кожна людина мала депресію хоча б раз в житті, що супроводжувалась соматичними розладами.

У цілому можна затвердити, що фахівці не лише схрещували психосоматику с медициною та досліджували тільки її окремі форми та види, а й з іншими сферами знань. Важливою галуззю науки була фізіологія, яка безпосередньо досліджувала фізіологічні процеси та формування розладів спричинені психосоматикою. Психологія- одна з невід'ємних чинників, за допомогою якої визначають, що саме призвело до психосоматичного порушення, а також психіатрія, яка надає змогу адекватно оцінити та дослідити вплив на розлад психіки людини, що також призводить до психосоматичного

захворювання. Соціологія дає змогу більш цілісно оцінити картину повсякденного впливу соціальних чинників на патологію. Важливою галуззю науки була фізіологія, яка безпосередньо досліджувала фізіологічні процеси та формування розладів спричинені психосоматикою [55].

Існує безліч різновидів психосоматичних порушень, але саме найголовніших відокремлюють сім основних форм психосоматичних розладів.

Таким чином, людина (його складові: організм і психіка), долає хаос нескінченної кількості виборів. Психічна діяльність людини співвідноситься з центральною нервовою системою (тобто головний і спинний мозок), і будь-який стан психіки людини, засновані на п'яти базових емоціях, обумовлює стан тіла.

«Психіка (з грец. Psychikos - душевний), властивість високоорганізованої матерії, що є особливою формою відображення суб'єктом об'єктивної реальності. Найважливіша особливість психічного відображення - його активність. При цьому воно не тільки представляє собою продукт активної діяльності суб'єкта, а й, опосередковуючи її, виконує функцію орієнтації, управління нею. Таким чином, психічні явища складають необхідний внутрішній момент предметної діяльності суб'єкта ... » [40].

1. «Синдром Бріке», або ще як його називають соматоформний розлад. Його прояви зазвичай з'являються до тридцятирічного віку, у чоловіків менш часто це можна відслідкувати, аніж у жінок.

Основні симптоми: проблеми з репродуктивною системою, біль яка може супроводжуватись щонайменше у 4-х ділянках одночасно, захворювання шлунково-кишкового тракту (діарея, нудота,), а також псевдо неврологічні симптоми (сліпота або запаморочення).

Особливе місце серед соматоформних розладів займають розлади з вираженою вегетативною дисфункцією, для яких в МКХ-10 навіть виділена рубрика F45.3 «Соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи». Соматоформна вегетативна дисфункція (СВД) — це стан порушеної

нейрогуморальної регуляції внутрішніх органів (серцево-судинної системи, органів дихальної системи, залоз внутрішньої секреції тощо) [55].

Для того щоб правильно встановити діагноз СВД, мають бути одночасно присутні певні ознаки: 1) симптоми вегетативного збудження хронічного характеру, такі як серцебиття, потовиділення, тремор, почервоніння, що спричиняють стан неспокою; 2) додаткові симптоми, що стосуються певного конкретного органу або системи органів; 3) занепокоєння та пригнічений стан (невизначеності), які з'являються навіть, коли вже діагноз було озвучено і було вже достатньо пояснень та обґрунтувань з боку лікарів, щодо його захворювання, яке часто буває не настільки важким, як пацієнт вважає; 4) відсутність даних, а саме структурного та функціонального порушення стосовно якомусь конкретному захворюванню в організмі.

2. Недиференційований психосоматичний розлад. Здебільшого хворі на даний розлад потерпають від нього щонайменше півроку, та у них виражений лише один психосоматичний симптом.

3. Конверсійний розлад- це порушення певних фізіологічних функцій, які почали втрачати саморегуляцію, наслідком якого є психологічні проблеми та розлади. Конверсію можна описати, як перевтілення емоційних відхилень у рухові, сенсорні та вегетативні.

Психологами було доведено, що такий синдром може траплятися внаслідок стресової або дуже травматичної ситуації у людини.

Тобто всі ці ознаки вказують на те, що людини хоче справитись із певною проблемою, і організм відразу починає видавати імпульси, для того щоб вирішити конфлікт всередині. Для цього синдрому характерні такі захворювання: (параліч, оніміння, сліпота, неспроможність розмовляти та рухатись), тобто сенсорні та рухові, моторні функції не можуть справитись із тиском.

4. Больовий розлад. Даний вид розладу зумовлює біль, і головним чинником у виникненні і тривалості відіграють психологічні форми. В такому випадку, хворий може відчувати біль протягом довгого періоду, як місяць так і

декілька місяців, і зазвичай ця біль переростає у хронічну, що дуже шкодить нормальному життю людині.

5. Гіпохондрія (іпохондрія). Тракується даний синдром, як страх бути хворим. Тобто пацієнт завчасно, без обстежень ставить собі дуже важкий або невиліковний діагноз, надумує хибну та спотворену картину реальності, ти самим ще більше починає в це вірити. Подібні думки у пацієнта можуть зникнути після консультації спеціаліста, але на зовсім короткий проміжок часу, потім вони знову повертаються і відбувається все спочатку. На відміну хворих які симулюють розлади та симптоми, пацієнт не може контролювати своїх думок стосовно відчуттів, така поведінка триває щонайменше півроку, і не пояснюється іншими різновидами захворювань.

6. Тілесний дисморфічний розлад. В такому випадку у хворого виникає манія, реальна або надумана, про якусь патологію, чи фізичну ваду, характерним для якого є загострення уваги на незначних або взагалі відсутніх недоліків. Така одержимість завдає шкоди соціальному, професійному та повсякденному життю людини.

7. Психосоматичний розлад – даний вид розладу може існувати тоді, коли у пацієнта є певний набір скарг, що є характерними для конкретного виду розладів.

На сьогоднішній день у науковій літературі, психосоматику визначають, як науковий напрямок, а саме його предмет дослідження є взаємозв'язок всіх функцій організму та безпосередньо психіки. І також вагому роль відіграє емоційний стан на функції і організмі людини, і як формуються розлади.

Та водночас, терміном «психосоматика» позначається напрямок медицини, який досліджує та лікує патологічні соматичні розлади, що виникають внаслідок дії психогенних факторів. Слід зазначити, що психосоматичний напрямок являє собою лікарській підхід, який враховує взаємодію фізіологічних, психологічних, соціально-психологічних та екологічних

В медицині часто зустрічається класифікація функціональних соматичних симптомів. З 1980 року була введена американська класифікація систем DSM-III, яка започаткувала поняття «соматоформні розлади», вони не є наслідком соматичних вторинних симптом таких як депресія чи панічні розлади [47].

Проблематика соматичних захворювань завжди поділялася на дві категорії та вивчалась з наступних точок зору. По-перше під дією психічних факторів впливу на соматичну діяльність людини, а по-друге, вплив стоматологічних чинників на людину у якій були зафіксовані психосоматичні розлади. Такі фактори спричинили з свого боку в сучасних медико-психологічних дослідженнях два зовсім інших протилежних відгалужень. До першого напрямку віднесли аналіз сутності патогенного впливу захворювання на людину, та саме зміни які відбулися в умовах, коли людина перебувала під впливом соматичного впливу. А.Франц зауважував, що саме спадковість може мати більш етіологічне значення на захворювання людини, а також переживання негативного досвіду, травми, виховання батьків, емоційні перевантаження та всплески емоції, стресові ситуації, депресивні стани що супроводжуються відчуттям апатії та невизначеності, нещодавні тілесні ушкодження. Для повного аналізу етіологічної картини необхідно враховувати всі ці показники, і лише тоді результат дослідження можуть бути достовірними. [56].

Другий напрямок націлений навпаки, на виявлення індивідуально особистісних рис, що починають проявлятися задовго до маніфестації якоїсь конкретної соматичної хвороби [37].

Дослідивши сучасну літературу з приводу психосоматичних розладів, було виявлено понад триста різноманітних підходів та концепцій по даній патології. Ще одним із дослідників які досліджували психологічні концепції є З.Фрейд. Дослідник намагався за допомогою концепції істеричної конверсії та тривожних станів визначати основні чинники походження психосоматичної хвороби та поведінку хворих. Тому провівши свої експерименти він

співставляється конверсію з витісненням, а соматичний еквівалент тривоги — до примітивної захисної реакції механізму.

І. Павлов також чимало уваги приділяв проблемі знаходження всіх постулатів до вирішення та знаходження причин соматичних симптомів. На основі своїх експериментальних дослідів він відмежував психічне від соматичного показника, обґрунтовуючи це тим що потрібно спочатку виділити всі фізіологічні ознаки та реакції цілісного організму [12].

Отже сучасні психологи вже досить багато років вивчають питання стосовно соматизації та його впливу на організм людини. Тобто можна підкреслити з висновків дослідників, що будь-яка якісна емоція відображається як ціла конкретна система зі своїми власними закономірностями та сприйняттям. Саме емоційний стан грає важливу роль в виділенні соматичних хвороб, один із прикладів соматовегетативної інтеграції та обумовлюють усю функціональність та життєдіяльність цілого організму. Інкорпорації емоційних станів чітко забезпечує кореляцію систем з біологічною роллю емоцій, філогенетичною спрямованих насамперед на збереження себе [29].

Першим проявом початку психосоматичної хвороби з боку емоційної сфери людини є самопочуття. Якщо людина себе дуже погано почуває як на емоційному так і внутрішньому рівнях, то її стан одразу значно погіршується і якщо ситуація, що викликала ці негативні почуття та емоції довгий час є незмінною, хвороба починає проявляти себе на клінічному рівні це в свою чергу провокує розширення спектру симптомів та ще більш загострення стану пацієнта. Також спостерігається порушення всіх психічних функцій — це погіршення сну, втрачається рівень уважності та притуплюється всі моторні відчуття, пам'ять також починає підводити та швидкість мисленневих операцій, спостерігається підвищена емоційна лабільність та вразливість [12].

Крім різних короткочасних психосоматичних реакцій, що з'являються в напружених життєвих ситуаціях, виділяють ще чотири великі групи розладів іншого ґатунку [48].

1. Конверсійні симптоми – символічне вираження невротичного (психологічного) конфлікту. Тіло тут служить, наче, сценою символічного вираження суперечливих почуттів хворого, котрі придушені і витіснені в несвідоме. Їхніми прикладами є істеричні паралічі, психогенна сліпота або глухота, блювота, больові відчуття.

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

3. Органічні психосоматичні хвороби (психосоматози) – в їхній основі лежить первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановленими патологічними змінами в органах. Відповідна спадкова схильність може впливати на вибір органу. Перші прояви психосоматозів виникають у будь-якому віці, але частіше вони починають фіксуватися вже в ранній юності в осіб з виразними і постійними особистісними характеристиками. Після маніфестації захворювання звичайно набуває хронічний чи рецидивуючий характер, і вирішальним провокуючим фактором виникнення чергових загострень є психічний стрес. Однак функціональні порушення внутрішніх органів на більш пізніх етапах хвороби приводять до їхньої деструкції, тобто органічних змін і захворювання набуває рис типовою соматичного, фізичного страждання. Історично до цієї групи відносять сім класичних психосоматичних захворювань: 1) есенціальна гіпертонія; 2) бронхіальна астма; 3) виразкова хвороба дванадцятипалої кишки і шлунку; 4) неспецифічний виразковий коліт; 5) нейродерміт; 6) ревматоїдний артрит і 7) гіпертиреозний синдром («сімка», за Alexander, 1968).

4. Психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями емоційно-особистісного реагування і поведінки – схильність до травм та інших саморуйнівних видів поведінки, (алкоголізм, наркоманія, куріння, переїдання з

ожирінням і інші). Ці розлади зумовлені особливостями особистості і її переживань, що приводить до поведінки, результатом якої є порушення здоров'я.

Практично кожне соматичне захворювання закінчується астеничним станом. Цей стан нерідко входить як один із ведучих симптомів у клініку ряду соматичних хвороб. Із медико-психологічних досліджень відомо, що усім хворим із ураженням внутрішніх органів притаманні знижений настрій і особистісна переробка інтероцептивних сигналів. Хворі схильні постійно порівнювати свій стан з тим, який був до захворювання. При цьому, залежно від преморбідних особливостей особистості, проявляються різні типи реагування на хворобу. Одні виявляють відстороненість, замкнутість, інші, навпаки, прагнуть боротися з хворобою, намагаються втрутитися в лікування [60].

Ще одним основним методологічним інструментом, який вивчає проблему психосоматичних захворювань є синергетика, це науковий напрямок, який вивчає зв'язок між структурними елементами та підсистемами. В таких системах відстежується певна самоорганізація, внаслідок чого виникає впорядкованість даних систем та відбувається самоконтроль всіх окремих частин. До основних принципів синергетики належить: нестійкість, не лінійність, динамічна ієрархічність, досліджуванність. Головною складовою синергетики складає інтегративний підхід, що вивчає термодинамічні відкриття та деструктивні шляхи, які мають спіралеподібний розвиток і простір який сам по собі є багатовимірним [52].

Організм людини безпосередньо є відгалуженністю дисипативних систем, саме за її допомогою визначається динамічна зміна стану здоров'я.

Синергетичний підхід можна виокремити трьома основними векторами біопсихосоціальної моделі: соматогенез, психогенез, соціогенез.

Біопсихосоціальна модель також має два підходи: мультидисциплінарний та інтегральний, які відносяться до причинно-наслідкових і комплексних

зв'язків, але при цьому зберігає свою багатовимірність яка в свою чергу залишається незламною та не замкненою.

Біфуркація психосоматичних родин та сімей при формуванні психосоматичних розладів має початкову форму, а саме основну частину адаптації та соціалізації відбувається в родині з моменту народження, коли порушуються взаємини у членів сім'ї, розподіл початкових ролей, які були не чітко окреслені призводять до формування патології. До психосоматогенних сімей належать такі характеристики: надмірна опіка (гіперопіка), коли батьки втручаються в особистий простір дитини без її дозволу і тим самим не дають розвиватися та почувати себе ідентичністю та цілісною особистістю; переживання кожного члена родини за будь яку проблему та стресову ситуації іншого члена родини; ригідний взаємозв'язок в сім'ї; замовчування конфліктів та відмова від обговорювання проблем, що сприяє загостренню даної проблеми, виникає ризик ще більших конфліктів всередині родини; часто діти проявляють своє захворювання як стабілізатори в виникненому конфлікті [32].

Тобто в даному випадку психосоматогенні сім'ї не можуть чітко та вільно виражати свої почуття та емоції, тому внаслідок таких дій дитина присвоює певні стереотипи як можна придушити негативні емоції, тому що в сім'ї не прийнято їх виражати, тому такі фактори лише призводять до соматизації. Зазвичай таким родинам звично не розмовляти і сприймати проблеми ніби їх не існує, думаючи, що вони вирішуються самі по собі, заперечуючи бодай якісь психологічні проблеми [26].

1.2 Чинники виникнення і розвитку психосоматичних розладів

Психічні хвороби уражають майже всіх людей, незалежно якої людина статі та до якої економічної чи соціальної приналежності себе відносить, так чи інакше, психологічний стан людини, а саме його порушення залежить від надзвичайно багатьох факторів та чинників зовнішнього та внутрішнього впливу. Одним із основних пріоритетів будь якої країни – є покращення психічного здоров'я та соціального функціонування людей, які мають розлади психіки.

Тобто психосоматичні захворювання, це група певних симптомів та хворобливого стану, яка виникає у результаті психічного впливу різних чинників та фізіологічного, коли людина не в змозі самостійно справитись із своєю поведінкою. Всі психосоматичні розлади можуть проявлятися, як під дією психогенних чинників так і на фізіологічному рівні, і що саме являють собою психічні розлади [49].

На початку XX ст., продовжуються розвиватися уявлення про психосоматичний розлади особистості, та яким чином це впливає на психіку людини. В 30-х роках відомий кардіолог Д. Д. Плетнев наполягав на необхідності перегляду усталених на той час постулатів клінічної медицини, згідно з яким слід «... на перший план помістити поняття про функціональну єдність всього організму» (цитата за В. Д. Тополянським) [54].

Ще раніше, методологічним фундаментом між психікою та тілом становили психофізіологічні концепції, які базуються на досягненні рефлекторної теорії І. М. Сеченова та І. П. Павлова: тобто всі психологічні та тілесні зв'язки керуються мозком, і більше ніякими обставинами. Це вказує на те, що відбувається процес становлення чіткої психічної та соматичної єдності, які мають безпосередній вплив один на одного. Тому і відбувається такий міцний взаємозв'язок між медициною та психологічною наукою [13].

1. Проблему, стосовно, психосоматичних розладів було порушено ще з 60-х років XX ст. і до сьогоднішнього часу, з кожним роком відкриваються нові аспекти та сторони для досліджування соматичних реакції особистостей, які в свою чергу породжують більшу цікавість до цієї проблематики [21].

2. Теорія «умовних рефлексів» - К. М. Биков та І. Т. Курцин представники школи І. П. Павлова запропонували гіпотезу кортико-вісцерального походження психосоматичних захворювань. Ця теорія говорила про те, що процеси психосоматичних розладів можуть порушуватися перш за все інтероцептивними імпульсами, які в свою чергу призводять до збудженості і гальмуванням одночасно в корі та підкірці. Тому були зроблені висновки, що саме на психосоматичні розлади страждають особи здебільшого, які мають

слабкий та неврівноваженим типом нервової системи, яким важче справлятися в критичній для них ситуації [36].

3. Концепція втрати «ключової фігури» Г. Енгела та концепція *«втрати значимих для індивіда об'єкта»* Г. Фрейбергера базуються на основі клінічних спостережень, що саме психосоматичні розлади здатні в більшій мірі себе проявляти та загострюватися після втрати найбільш важливої та значимої особи чи об'єкта в житті людини [7].

4. Концепція готовності до хвороби В. Єксуєлла, вона вказує на те, що прийняття хвороби є своєрідним відображенням психологічного стану особистості, під дією стресорів відбувається перехід від психоемоційного відчуття та сприйняття до тілесного стану, і коли тілесний стан не впорався, відповідно хвороба набуває хронічної форми, при цьому пошкоджується той орган, який найбільше підлягав подразненню раніше (наприклад при тривалому турбуванні шлунку у людини – розвивається виразка шлунку, через підвищення рівня секреції шлункового соку) [61].

5. Теорія життєвих подій Т. Холмса та Р. Рое – базується на рівні стресу, тобто саме проблеми які людина не в змозі розв'язати вважається ситуацією, яка провокує психосоматичні розлади [25].

6. А. Мітчерліх запропонував *модель двох ступенів лінії психологічної оборони*, що призводить до психосоматичних розладів, спочатку особа намагається впоратися із стресовою та конфліктною ситуацією за допомогою захисних механізмів (витіснення, ізоляція, ігнорування), а також через депресію, страхи та фобії, які призводять до хронічних хвороб та неврозу [16].

Психосоматичні розлади можна поділити на великі або малі групи, до першої будуть належати хвороба серця, виразкова хвороба шлунку, бронхіальна астма, гіпертонічну хворобу, а до другої відносяться невротичні порушення внутрішніх органів [56].

У нормі прояви психіки найбільше виражено під час емоційних реакцій: гнів, страх, радість, стресова ситуація тощо. Якщо людина дуже схвильована, кажуть: «стиснулося серце», «немов клубок в горлі», «білий немов крейда»

тощо. Усі ці образні висловлювання вказують на соматичні зміни, які виникли внаслідок емоційного підвищення, але при цьому фіксуються психосоматичні відхилення від емоційного сталого компонента [34].

Надзвичайно важливий аспект – це дитинство, саме там зароджуються всі наші фундаментальні сторони та сприйняття всіх навколишніх подразників і чинників формування своїх поглядів. Саме анамнезу матері слід приділити увагу в першу чергу, тому що, більшість розладів, які проявляються у дітей спровоковані конфліктними ситуаціями з матір'ю, де вона є головною конфліктною стороною, або ж через неї є спричинення конфліктної ситуації, що проектується на дитину. Тому до сьогодні й досі дослідники в пошуках особистісних факторів, що є опосередкованими та спрямованими саме на проблему вирішення психосоматичної хвороби. Існує так званий, особистісний профіль – він встановлюється анамнестичним методом, за допомогою різноманітних методик [56].

У кожному конкретному випадку потрібно, звичайно, комплексна консультація та обстеження, для того щоб можна було зафіксувати причину та правильно її вирішувати. Кожна ситуація вимагає індивідуального підходу до її тлумачення та опрацювання, але саме основних причин виникнення психосоматичного захворювання є всього сім. До них відносяться такі:

1. Внутрішній конфлікт свідомого та несвідомого.
2. Умовна вигода, зазвичай психосоматика будь якого захворювання ховаються в підсвідомого, саме непереривне бажання людини відгородитися від всіх і бути лише на одинці з собою, де не існує проблеми яку потрібно якось вирішувати.
3. Навіювання - найчастіше ядром цієї причини стають найрідніші батько та мати, які ще з дитинства вселяють в дитину думки про те, що все погано, все не так, тобто негативний вплив. Якщо дитині постійно повторювати одне і те ж саме, що він не такий, як всі діти, що поганий, товстий, незграбний, дурний тощо, в кінці все ж таки , як би дитина не

намагалась відсторонитись від поганих думок, вона почне демонструвати ту поведінку, яку їй присвоїли.

4. Самонавіювання. Якщо дуже часто вимовляти «У мене за когось болить серце», «Це зводить мене з розуму» та інші подібні фрази, згодом людина почне помічати за собою, що їй дійсно щось болить і турбує, і виникає потреба в цьому ж знову таки. Виникає ніби кодування нашої свідомості, що стає дзеркальним відображенням нашого здоров'я та самопочуття.
5. Прагнення досягти схожості з іншою людиною – тобто маючи якийсь певний ідеал і переносячи його в своє звичайне реальне життя, ми відмовляємось від власного призначення та від своєї ідентичності та приналежності, людина стає заручником свого ж образу, в якому йому б хотілось перебувати. Проживаючи не своє життя, не свої емоції, призводить лише до неминучих страждань, тому що, копіюючи когось, неможливо бути тією людиною, що і призводить до розчарування та ще більшого загострення свого стану.
6. Само-покарання – коли людина вчиняє якісь дії та вчинки, які здаються їй непорядними та нечесними, на підсвідомому рівні відбувається покарання себе, це відбувається за рахунок відчуття провини, за яким завжди йде покарання, певні якісь реакції із власного життя на травмуючі події.
7. Травмуючі події. Реакція на такі події, що відбулися з людиною в реальності. Найсильніший стрес може викликати втрата близької, втрата роботи і джерела доходу, переїзд на нове місце проживання і багато іншого [39].

В нашій країні, значною причиною зростання числа захворювань які перебігають у хронічному стані, дуже тісно пов'язують з насамперед психологічним станом населення. Тобто, безпосередньо, як і психологічні розлади так і соматичні захворювання впливають на функціональний стан людини, та її внутрішнє та зовнішнє світосприйняття. Наше сьогодення таке,

що практично кожна людина має якісь певні хронічні захворювання, також як і відчуває хронічне перенапруження та психологічну пригніченість, а тому все це і супроводжується поганим настроєм, тривожністю, погіршенням самопочуття, погіршенням сну, апатії.

Дані експертів ВООЗ вказують на те, що майже 60% у світі, заповнені лікарні пацієнтами, які мають психосоматичні розлади [17].

Тому, до основного чиннику виникнення психосоматичних розладів відносять - депресію. Вона сприяє розвитку захворювань, як гіпертонічна хвороба, дистонія вегето-судинна, нейродерміт, мігрень, розлади шлунку, та багато інших хвороб. Всі соматичні захворювання та розлади зумовлюються певним набором психогенних факторів. Причинами такого захворювання, зазвичай є розумові процеси людини. Коли з боку медицини, неможливо виявити дану фізичну причину розладу, тоді цілком можна підтверджувати, що хвороба класифікується, як психосоматична, а також, якщо безпосередньо є присутніми такі симптоми, як тривога, гнів, депресія, відчуття провини, стан пригніченості [38].

Кожне фізичне захворювання має певний аспект психологічної складової, тому тіло і розум впливають один на одного, виробляючи одну одиницю дії та впливу, і те, як особа буде реагувати та справлятися з кожною цією одиницею, все буде значно змінюватися та вирізнятися. Тому дуже важливо розуміти, що депресивний стан спричиняє загострення вже існуючих патологій, та провокує ризик багатьох інших захворювань, таких як серцево-судинних, інсульт, діабет та ожиріння тощо [53].

Ще здавна, дослідники вважали депресію, як головним та надзвичайно потужним чинником захворювання. Депресія - це захворювання, яке виділяється постійним пригніченим та спустошеним станом людини, яка не може самостійно йти вперед і не шукає вихід із складної ситуації, людина втрачає інтерес до будь чого і будь кого, тобто формуючи стан такої жертви, де їй дуже комфортно себе почувати немов в коконі. Найголовнішими симптомами депресії є - тривога, яка триває більше двох тижнів, поганий та

пригнічений настрій, немає потреби у задоволенні чимось або кимось, втрата мотивації, занепад сил та стомлюваність, почуття постійної провини та страху, безсоння або патологічна сонливість, відчуття непотрібності, знижений апетит та втрата ваги, втрата уваги, суїцидальні думки. Також для детальнішого розгляду та діагностики, зазвичай застосовують різні методики вимірювання, опитувальники та шкали, які описують більш достовірну інформацію, за якою можна робити певні висновки. Для того, щоб виявити депресивний стан у людини у пацієнтів групи ризику застосовують опитувальник стану здоров'я пацієнта PHQ-2 (Patient Health Questionnaire). При позитивній відповіді хоча б на одне запитання PHQ-2 проводять подальше опитування з використанням опитувальника PHQ-9. У разі підтверджувальної суми балів уточнюють особливості перебігу депресії, що в цілому дозволяє встановити синдромальний діагноз депресії та визначити її тяжкість [15].

Для того щоб все таки вірно класифікувати та встановити діагноз пацієнту, що має психосоматичний розлад, необхідно заздалегідь провести диференційну діагностику, щоб виключити інші патологічні стани та призначити саме те лікування яке необхідне при соматичних симптомах.

Виділяють такі диференційно-діагностичні критерії, за допомогою яких можна виявити психосоматичний розлад: — адекватність клінічних проявів; — невідповідність клінічних проявів результатам об'єктивного параклінічного обстеження; — неефективність лікування соматоневрологічної патології [59].

Психосоматичні розлади спричинені безпосередньо наслідками психологічного стану людини, стресу та переживань. Якщо підсумувати вплив стресу, то можна твердо сказати, що дуже часто пов'язують розлади від стресу та розлади психосоматичні, але доведено, що велика кількість хвороб мають саме психосоматичні симптоми, яку погіршуються стресом та дистресом, це є хвороби серця, синдром подразненого кишечника, нервовий шлунок, та охорона скликаних м'язів [57].

З розвитком технологій та медицини, великі зміни відбулися за останні десятиліття в доведені всіх хвороб, і яким чином мають вплив одні на інших.

Тому відбувся великий перехід від однолінійних моделей до системних, у яких відбувається взаємодія безлічі фізіологічних та психологічних чинників, які виникають внаслідок психосоматичних захворювань. Також по сьогоднішній день можна стверджувати, що жодна теорія, яка була розроблена раніше не дозволяє підтвердити всі галузі в розвитку психосоматичних порушень. Саме тому багатофакторні моделі трансформуються в сталі концепції психосоматичної медицини.

Найбільш глибокою причиною психосоматичного захворювання є нестерпний та болючий досвід минулого, який виник внаслідок спричинених негативних подій минулого, більш в ранньому віці, а саме коли дитина ще не вміє говорити, висловлювати свою думку, та бодай якось себе захистити, а саме слова можуть нам допомогти встановити певний бар'єр, огородити свої права та кордони, які не можуть бути порушені. Слова допомагають позбутися негативу, і коли дитина не в змозі це зробити та, все це залишається на підсвідомому рівні, що в подальшому стає причиною порушень. Тому так важливо щоб і душа і тіло були в гармонії, бо саме наслідком потім стають соматичні захворювання, які проявляються найчастіше в дорослому житті [29].

Ще з давніх часів було помічено, що тіло в першу чергу подає сигнали про якусь проблему в організмі, потрібно лише правильно це все трактувати та вчасно звернути увагу, тілесна симптоматика, яка саме виникає при психосоматичному порушенні відображає психологічну проблему людини, тобто всі психологічні проблеми являють себе через призму тілесної метафори психологічного характеру особистості. До найпоширеніших психосоматичних хвороб відносять: астму, виразковий коліт, артрит, виразкову хворобу, нейродерміт, есенційну гіпертензію. Але на сьогоднішній день цей класичний перелік розширився ще більше, тому що, психологічні проблеми можуть призвести навіть до онкології, або якщо недуга вже є, то спричинити ще більше загострення патології. Також до таких хвороб належать і функціональні розлади: аритмія, психогенна сліпота, паралічі, глухота – тобто конверсійні захворювання. Тому надзвичайно важливим є саме правильне корекційне та

методичне лікування направлене саме на причину недуги та фактор який провокує та загострює хворобу.

Серед безлічі причин, які породжують соматичні симптоми та захворювання, має велике значення «протистояння», яке відбувається всередині кожної особистості, а саме психологічні травми, алекситимія (тобто певні порушення, які проявляються у невмінні формулювати власноруч свої почуття словами), неможливість до прояву власного гніву, агресії, неможливість відстояти власну думку свої інтереси та потреби [30].

Але все ж таки бо найчастіших причин, що провокують психосоматичне захворювання відносять пережиті травми та стресори. Тобто можна віднести до цієї категорії численні катастрофи, військові події, втрата близьких людей, та всі життєві ситуації, які викликають найбільші негативні почуття, що впливають на стан психіки особистості, які провокують та загострюють всі вже існуючі проблеми. Гнів, депресивний стан, апатія, почуття страху, відчуття провини - все це відноситься до внутрішніх протиріч, що викликають захворювання [16].

Проаналізувавши вищевикладені фактори, слід зазначити й інші причини, які стосуються психосоматичних захворювань. Насамперед психосоматичні прояви виникають, коли присутнє постійне емоційне перенапруження та стрес, який є одним із головних активаторів людських недуг. В наш час майже кожна людина попадає під дію стресових ситуацій, тому що, життя постійно заставляє нас виходити із зони комфорту, що і спричиняє стрес. Але найвразливішими вважаються люди із дуже нестійкою психікою та емоційним станом, зазвичай це підлітки, старші люди, які залишились самі та люди які мають недуги. Всі події які відбуваються кожного дня в суспільстві та в кожній сім'ї породжують стреси, проблеми та сварки з близькими, непорозуміння з сусідами, конфронтація на роботі, чвари із коханими людьми, все це призводить до відчуття втоми, провини та послаблює емоційно-психологічний стан, людина стає більш вразливою та подавленою.

Також невід'ємною частиною погіршення такого стану ж сон, адже коли людина послаблена і немає правильного оздоровлення та переходу від негативних чинників впливу, це ще більше погіршує ситуацію, відбувається і руйнування організму як фізично так і емоційно. Але ми не можемо відвести від свого життя всі ці фактори впливу, ми лише можемо виробити стратегію для їх меншого впливу на нас. Потрібно чітко розуміти, що в стресах нічого критичного та смертельного немає, потрібно завжди тримати баланс та співіснувати в гармонії з собою, тільки тоді ми будемо прислухатись до себе та свого внутрішнього часу вчасно, і без шкоди для свого здоров'я [58].

Тобто одним словом стрес - це боєготовність, коли людина готова боротися за свій стан і відбиватися від всіх його впливів. Але цей стан має включатися лише тоді, коли це вже є крайньою мірою необхідності, бо коли цей режим присутній постійно людина починає втрачати стійкість до стресу та починає більше йому піддаватися. Методик стверджують, що найпершим вражається серцево-судинна система під дією стресора, а також ті органи які завжди були більше за все вражені та в хронічному стані раніше. Тому нас постійно починає боліти те, що вже було у загостреному стані раніше і виникає запалення знову і знову. Психосоматику слід вбачати через метафору «де тонко там і рветься», це найчіткіше твердження стосовно цієї проблеми.

Негативні емоції теж не слід породжувати у собі, вони мають такий же сильний вплив як і стрес, руйнують організм із середини, заздрість, страх, образа, тривога, розчарування, всі ці емоції згубно впливають на нас. Для організму кожна емоція - це вже подія, він одразу все фіксує і відбувається накопичення негативу, що згодом призводить до емоційного вибуху. Під такою дією у людини відбувається певні метаморфози, скачка тиску, падає тонус м'язів, провокується неправильне дихання, відбуваються прояви панічної атаки [31].

1.3 Підходи до визначення Я-концепції та її структурних складових

О. Гуменюк вважав Я-концепцію, як стрижневе утворення онтогенетичного розвитку людини. Тобто певний набір усвідомлення та уявлень особистості про себе та свою ідентичність, виокремлення свого цілісного, самостійного образу «Я». Я-концепція може виникати, як усталений образ особистості в процесі соціальної та психологічної взаємодії, як результат певного розвитку. Вона супроводжує людини впродовж всього її існування, тобто від народження і аж до смерті, відповідаючи за всі аспекти внутрішніх переживань та генерацій у людини, зумовлюючи тим чи іншим вибором на життєвому шляху індивіда [14].

Проблема психосоматичної єдності, стає дедалі цікавішою та мало досліджуваною. Багато із великих вчених приділяли досить велику увагу, саме психосоматичним розладам та їх проявам у різних вікових категоріях людей та ланках суспільства. Так як здоров'я людини це є однією із найбільших цінностей, питання яке торкається психологічного стану здоров'я є вкрай необхідним для досконалого з'ясування. Тому, саме проблематика психосоматичної цілісності особистості, є досить актуальною в нас час і в теоретичному, і в практичному аспекті. В першу чергу потрібно звертати увагу не тільки на вже явні симптоми, які організм вже вимушено подає, але й емоційна сторона, свій психологічний стан. Тому що саме через порушення певного балансу в організмі людини, можуть виникати та провокуватись тяжкі захворювання, що згодом перейдуть у хронічний стан, якщо вчасно не звернути увагу на проблему.

С. Л. Рубінштейн визначив якість суб'єкта як причину активності людини, її здатність до самостійності, самодетермінації і самовдосконалення [45].

У структурі Я-концепції В. В. Столін виділяє: - фізичний образ «Я» (потреба організму у благополуччю); диференційований образ «Я» (характеризує знання про себе та про інших людей, виділяє головні аспекти свого образу, індивід відчуває власну унікальність та значимість); соціальні

ідентичності (статеві, вікові, етнічні, соціально-рольові, які вказують до потреби перебування у всіх аспектах одночасно та злагоджено) [8].

Психолог В.Ніколаєва, стверджувала, що саме дана проблема не є послідовною розробкою, тому що окремі аспекти вивчення цієї проблеми торкається образу «Я». Саме тому, було взято за мету, дослідити та зрозуміти, що саме розуміється під словом психосоматика та її єдність.

Протягом десятків століть вчені виявляють все нові і нові підходи до вивчення «Я-концепції», та завжди говорили про те, що її можна розглядати ще більш широкому аспекті та приділяти чи малу увагу. Тому тема образу «Я» така актуальна і сьогодні, адже людство постійно змінюється, і ті компоненти які колись наповнювали людину певним змістом, сьогодні вже описуються та трактуються по своєму.

Однією із важливих функцій Я-концепції – забезпечення внутрішньої узгодженості людини себе із собою, відносної сталості її поведінки. Розвиток особистості ще з малечку перебуває під дією батьківських взаємостосунків, в усіх її формах (поведінка, діяльність, спілкування, вчинки, розвиток, прояви любові), Завдяки структурному, інтегруючому чиннику вплив Я-концепції дуже вагомий для розвитку особистості, та правильного світосприйняття себе в цілому. Для того щоб Я-концепція мала право на життя, кожна людина повинна себе реалізовувати, як окремий організм із своїм комплексом всіх потреб та розуміння себе як особистості з своєю стороною унікальності, має бути чітке розуміння свого образу «Я». Тобто має бути розширений світогляд де є чітке розуміння своїх цілей та завдань, прогнозів на майбутнє та реалізація себе, відповідна система очікувань та само-становлення своєї ідентичності та унікальності [14].

Розуміння Я-концепції як сукупності установок "на себе" чітко зафіксовано Р. Бернсом. У відповідності з цим розумінням, три елемента установки (когнітивний, емоційний і поведінковий) стосовно Я- концепції конкретизується наступним чином:

- 1) Образ Я-уявлення індивіда про себе самого (когнітивна складова).

2) Самооцінка - афективна оцінка цього уявлення, яка може мати різну інтенсивність, оскільки конкретні риси образу Я можуть викликати більш чи менш сильні емоції, пов'язані з їх прийняттям чи засудженням.

3) Потенційна поведінкова реакція, тобто ті конкретні дії, які можуть бути викликані образом "Я" та самооцінкою [4].

У сучасній психології зазвичай прийнято вважати людину, як суб'єкт життєдіяльності, який сам формує свою діяльність, а також людину, яка наділена здатністю до саморегуляції та свідомої картини образу свого «Я». Психологія і виділяє безпосередньо людину, як носія активності та чіткого саморозвитку. Тому, в першу чергу, стосовно аналізу суб'єктності, яка розглядається властивістю, звертають увагу на якості особистості, які дають конкретну оцінку позиції людини. За Л.І. Анцифоровою, в основі суб'єктності лежить ініціативно-творче начало, яке має екзистенціальне значення для людини, виступає умовою її життя. Особистість як суб'єкт «творить» себе, вибудовуючи простір власного життя, унікальний життєвий світ, ставить цілі, обирає стратегії життя, створює умови для розвитку власної особистості, протистоїть тиску несприятливих соціальних і культурних чинників [2].

Г.О. Балл розглядає суб'єктність у контексті особистісної свободи і пов'язує її з такими рівнями активності, в становленні яких значну роль відіграють внутрішні фактори особистості: ініціативний, вольовий, творчий, надситуативний, самоуправління [3].

Так Р. Бернс називає цей процес становлення Я-концепції «самореалізуючою лінією розвитку». Таке розрізнення процесу і продукту в психологію було введено У. Джемсом у вигляді розрізнення «чистого Я» та «емпіричного Я».

Ці дві сторони глобального Я існують узгоджено, одна із яких є чистий досвід (Я-усвідомлююче), а друга – зміст цього досвіду (Я-як об'єкт). За У. Джемсом Я як об'єкт охоплює все, що можна назвати своїм. Виходячи з цього автор виділяє такі складові Я-концепції: духовне Я, матеріальне Я, соціальне Я, та фізичне Я [18].

Людина чітко розмежовує свої почуття та враження, які несуть для неї свій окремий зміст та значимість, які можуть відповідати її минулому досвіду чи очікуванням щодо подальшого розвитку тих чи інших подій. Тобто всі переконання стають досить актуальними коли мова йде про себе і свою ідентичність. Тому тільки тоді, коли людина наповнена певними враженнями та особистісними переживаннями стосовно себе, які в свою чергу несуть для індивіда чуттєву інформацію та емоції, ми лише тоді можемо стверджувати, що в особистості проявляється Я-концепція. Коли всі враження співвідносяться її чуттєвим переживанням, індивід рухається на шляху до самовдосконалення та самоусвідомлення, а ті враження, які були установленні колись, стають лише проміжними і допомагають у винайденні та усвідомленні нових вражень [11].

Більшість людей протягом всього свого життя формували якусь певну свою позицію, яка була для них усталеною та незмінною, саме в дитинстві та юності формуються головні аспекти образу Я та фіксується рівень самооцінки. Для того щоб ці компоненти набули іншої сили та видозмінились, повинен бути тиск та негативний аспект з боку суспільного та психологічного боку, тоді людина під дією стресової ситуації вимушена мислити по-іншому, формуючи при цьому хибні уявлення та сподівання. Але все ж таки з часом ці хибні твердження повертаються у своє русло, і набувають того початкового усталеного стану, який був порушений під різним тиском негативних ситуацій.

Становлення суб'єктності за словами С.Л. Рубінштейна відбувається у здійсненні «саморозвертаючого пророцтва», в тому сенсі, що «людина як істота, що має проект, задум, задачу, ціль» – як «причина в самому собі», та цей процес забезпечується розвитком системного утворення Я-концепції як потенціалу самого суб'єкта [45].

В.В. Столін розкриває самоствавлення особи так: «Внутрішньо-особистісні перепони, їх зіткнення у вчинку – реальному або лише уявному є основою ставлення до себе – головною складовою значення «Я». Тобто у свідомості таке ставлення до образу «Я» має подвійну трансформацію. Емоційна трансформація полягає у виникненні почуттів та емоцій, які були спрямовані на

самого себе, а когнітивна трансформація виділяє ставлення до себе через призму суб'єктивності наділену себе окремими рисами, тобто самосприйняття [50].

Тому значення Я виникає в результаті співвідношення та взаємодії властивостей особистості з її мотивами діяльності.

Психологи визначають спрямованість Я-концепції особистості на власний особистісний спосіб інтеграції діяльностей, інтеграції та ієрархізації її мотивів. Я-концепція зазвичай розвивається у діяльності та взаємодії із іншими, у вчинку, що виступають для неї як випробування для підтвердження властивостей Я-концепції та становлення суб'єктності.

В.В. Столін розкриває поняття, за значенням синонімічне Я-концепції – смисл Я, як одиницю самосвідомості. Цей смисл Я «пов'язаний із активністю суб'єкта, що відбувається...в його соціальній діяльності». Автор зазначає, що властивості особистості «виявляються в собі самій не просто шляхом оцінки себе як об'єкта, але й шляхом осмислення себе в ситуаціях, коли ці властивості, чи їх відсутність виступає як перепона на шляху її ж власної активності чи навпаки як умови, що полегшують її діяльнісну самореалізацію» [50].

Ще одним із важливих аспектів Я-концепції, є не лише її Я-образ але і Я-вчинок та Я-духовне, саме тоді, коли всі аспекти будуть гармонійно поєднанні та співіснувати, як один цілий механізм, і буде вбачатись теоретична рефлексія стосовного всіх психологічних чинників для створення позитивної, гармонійної Я-концепції.

Отже, теоретична модель становлення позитивно-гармонійної Я-концепції залежить від певного потенціалу: 1) обумовлює концепцію, як багатомодульне психоутворення стосовно єдності та самосвідомості людини; 2) визначає залежність її головних складових, і також головних рис її функціональної особистості; 3) вказує на внутрішні передумови актуалізації проблеми соціальної та особистої ідентифікації.

Вивчення феномену Я-образу також досліджували К. Кулі та Дж. Мід, вчені підкреслювали, що саме взаємодія особистостей формує сталий образ «Я», через призму соціалізації та становлення себе, як окремого індивіда.

Також основні компоненти дзеркального «Я» виокремлював Ч. Кулі, саме через визначеність «себе», «власне Я». Кулі говорив про те, що становлення відбувається за допомогою думок про думки інших людей, які відіграють важливу роль для особистості. Дж.Мід наголошував, що образ Я – синтетичний феномен, тоді обидва вчених дійшли припущення, що думки про зміст домислів інших значущих людей, залежить від самого сприйняття свого «Я» [9].

Ще одним із дослідників, що вивчав образ Я був К. Роджерс, він визначав особливість почуттів до самого себе, і те, що має велику цінність для себе, стверджував, що образ «Я-ідеальне» базується на основі «Я-концепції», тобто саме бачення себе через призму ідеальності, це саме те чого індивід прагне найбільше. Також наголошував, що тільки в гармонії із своїм «Я-ідеальним» та «Я-ідеальним» самооцінка може бути адекватною та стабільною [24].

Ф. Александер навпаки вважав, що головним чинником сприйняття та відображення є фрустрація, схильність до прояву агресії в сторону значимої сторони, відчуття постійної провини та страху [33].

Висновки до розділу 1

Психосоматику вивчали ще з давніх часів, і дуже серйозно підходили до визначення всіх її аспектів та проявів ще Арістотель та Гіппократ. Тому психосоматичні співвідношення відносяться до однієї із проблем сучасної психології та медицини, незважаючи на тісний зв'язок соматичного та психічного здоров'я, який вивчався ще в давнину.

На сучасному етапі розвитку людства проблеми співвідношення психосоматичних розладів з проявами Я-концепції дуже чітко прослідковується. Адже образ Я, націлений на вираження своєї самосвідомості та розпізнання в собі тих цілісних компонентів, які вкрай необхідні кожній особистості для гармонізації всіх внутрішніх та зовнішніх процесів в організмі.

Надзвичайно складно правильно та чітко виявити психосоматичний чинник, який викликаний тими чи іншими факторами впливу.

Саме головну роль все ж таки беруть на себе соматичні симптоми, які розглядаються як психопатологічні феномени та соматичні дисфункції одночасно. Найголовнішим чинником виникнення таких розладів слугують стрес та соматичні симптоми. Всі ці види розладів спричинені дією певних факторів, а саме змінами деяких функцій головного мозку.

Людина чітко розмежовує свої почуття та враження, які несуть для неї свій окремий зміст та значимість, які можуть відповідати її минулому досвіду чи очікуванням щодо подальшого розвитку тих чи інших подій. Тобто всі переконання стають досить актуальними коли мова йде про себе і свою ідентичність. Тому тільки тоді, коли людина наповнена певними враженнями та особистісними переживаннями стосовно себе, які в свою чергу несуть для індивіда чуттєву інформацію та емоції, ми лише тоді можемо стверджувати, що в особистості проявляється Я-концепція. Коли всі враження співвідносяться її чуттєвим переживанням, індивід рухається на шляху до самовдосконалення та самоусвідомлення, а ті враження, які були установленні колись, стають лише проміжними і допомагають у винайденні та усвідомленні нових вражень.

Серед безлічі причин, які породжують соматичні симптоми та захворювання, має велике значення «протистояння», яке відбувається всередині кожної особистості, а саме психологічні травми, алекситимія (тобто певні порушення, які проявляються у невмінні формулювати власноруч свої почуття словами), неможливість до прояву власного гніву, агресії, неможливість відстояти власну думку свої інтереси та потреби.

Підсумовуючи вищевикладене, можна констатувати, що Я-концепція – це динамічна система уявлень людини про свою приналежність про свою сутність, про самого себе, як цілісного образу. Вона включає глибоке осмислення та усвідомлення усіх аспектів людської значимості своїх інтелектуальних та фізичних властивостей, свою самооцінку та формує ставлення до всіх факторів, які впливають на суб'єктивну оцінку з боку інших зовнішніх

чинників. Тобто в процесі становлення, Я-концепція впливає, як результат психічного розвитку людини, яка може видозмінюватись під дією різноманітного впливу з боку інших стресових чинників. Саме завдяки функціям Я-концепція, особистість має змогу захистити себе від осуду та негативних факторів, які можуть подавляти та заважати нормально функціонуванню людини.

Психосоматичні розлади спричинені безпосередньо наслідками психологічного стану людини, стресу та переживань. Якщо підсумувати вплив стресу, то можна твердо сказати, що дуже часто пов'язують розлади від стресу та розлади психосоматичні, але доведено, що велика кількість хвороб мають саме психосоматичні симптоми, яку погіршуються стресом та дистресом, це є хвороби серця, синдром подразненого кишечника, нервовий шлунок, та охорона скликаних м'язів

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ Я-КОНЦЕПЦІЇ В ОСІБ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

2.1 Опис вибірки та етапів дослідження

Емпіричне дослідження проводилось на базі Подільського регіонального центру онкології у місті Вінниця.

Запропоновані методи анкетування та корекційного тренінгу «Тренінг Підвищення самооцінки та психологічної рівноваги в осіб з психосоматичними розладами», відповідають віковим особливостям вибірки, що забезпечує більшу достовірність даних. Процедура діагностики проходила у груповій формі, де були підготовлені бланки запитань та відповідей.

Досліджуючи дану тему, слід зазначити, що суттєву проблему при онкопатології складає не тільки основне захворювання, а й психоемоційні розлади, які завжди присутні в тій чи іншій мірі. Розглядаючи психологічні особливості поведінки онкохворих при медико-соціальній експертизі ми звертаємо увагу на такі види соціально-психологічної дезадаптованості:

- а) стійка ситуативна дезадаптованість, коли хворий намагається пристосуватися до нової важкої для нього ситуації, але ніяк не може;
- б) тимчасова дезадаптованість, яку можна перебороти за допомогою соціально-психологічних заходів;
- в) загальна стійка дезадаптованість у зв'язку із тривалою фрустрацією особистості, що супроводжується не тільки певним ступенем тривожності, але й агресивністю, ригідністю на тлі спроб пожвавити захисні механізми.

Стосовно психічних змін в онкологічних хворих, їх умовно розділяють на три групи:

- а) чисто психогенні;
- б) змішані психогенно-соматогенні;

в) переважно соматогенні.

У дослідженні брали участь 30 учасників віком від 25 до 45 років, серед них 15 чоловіків та 15 жінок. Всі учасники відповідально поставилися до дослідження, та були зацікавлені у проведенні всіх запропонованих методик та тренінгу, для більшої достовірності кінцевих результатів.

По результатах анкетування були сформовані дві групи. До першої групи увійшли особи, які не мають ознак психосоматичних розладів, які не стоять на диспансерному обліку у лікарів онкоцентру, особи без виражених проблем, які не мають порушень та проблем із психічним та соматичним здоров'ям - 15 учасників, з них 7 жінок та 8 чоловіків. До другої групи належать особи з психосоматичними розладами, у яких нестабільна психіка, порушення психоемоційної системи, проблеми з адаптацією та які потребують психологічної підтримки та допомоги - 15 чоловік, з них 9 жінок та 6 чоловіків, що звернулися по психологічну допомогу на базі онкоцентру.

Як ми з'ясували це люди, що перебувають на тривалому лікуванні в стаціонарах, люди, які проходять реабілітацію після тривалого лікування або оперативного втручання. В ході нашої бесіди ми означили, що 10 з 15 чоловік раніше перебували в стресових ситуаціях, переживали горе втрати близьких, троє – це ВПО з зони бойових дій, що постійно перебували в кризових ситуаціях та переживали страх і відчай. Тобто, ми припустили, що в даних людей минулі події могли викликати вегетативно-соматичні порушення, які за клінічними проявами подібні до невідомих соматичних захворювань, що насправді обумовлені психогенними факторами і є функціональними.

Серед тих, у кого були виявлені соматичні симптоми знаходяться постійно чи частково в онкологічному центрі.

Дослідження проходило в кілька етапів. На першому етапі проводився теоретико-методологічний аналіз проблеми індивідуально-психологічних особливостей осіб у яких виявлено соматичні симптоми, вивчення ступеня впливу факторів які впливають на розвиток психосоматичних розладів, формування гіпотези дослідження.

На другому етапі проводився підбір методик для вивчення та виявлення психосоматичні захворювання та які чинники можуть їх спричиняти.

На третьому етапі проводилось безпосередньо саме дослідження осіб з психосоматичними розладами.

Спочатку піддослідним було запропонована «Методика Куна-Хто Я», де оцінювалося саме ставлення до самих себе як внутрішнє так і зовнішнє.

Перед початком тестування дослідником було підкреслено деякі положення проведення дослідження: кожен учасник заповнює лише свій бланк самостійно, не дивиться в бланк відповідей другого учасника, не обговорює свою чи іншу відповідь з іншими учасниками. Учасники дослідження мали досить часу для повноцінної відповіді в бланку. Перед початком проведення дослідження, всіх учасників було попереджено, що ніхто сторонній не зможе увійти поки не закінчатся час дослідження, та гарантується нерозголошення будь яких подробиць та результату проведення дослідження.

На четвертому етапі відбувається аналіз та інтерпретація отриманих даних.

2.2 Опис методик дослідження

Для проведення дослідження було висунуто гіпотезу «У осіб з психосоматичними розладами на відміну від здорових осіб можуть спостерігатися негативні прояви «Я-концепції», а саме низька самооцінка, спустошення, віддалення від близьких, відмова від спілкування, приховування проблем які загрожують самому собі». Під час проведення дослідження було використано 6 методик [23].

Перша методика - методика М. Куна «Хто Я» є нестандартизованим самоописом з відкритою формою і (у деяких модифікаціях) кількістю відповідей. Методика була запропонована в 1954 М. Куном і Т. Мак-Партланд, і має кілька модифікацій російською мовою. Дана методика використовується для вивчення певних характеристик особистості та ідентифікації її з своїм «Я».

Запитання «Хто Я », напряду пов'язується із особистісним сприйняттям індивіда самого себе, тобто з його образом «Я» або «Я-концепція».

Тест створено на основі Я-концепції Манфреда Куна. Теоретичною основою методики служать концепції соціальних ролей та рольової поведінки, у межах яких задається і спосіб самосприйняття людини як носія цих ролей. Цей факт знаходить свій відбиток у самоописах піддослідних. У той самий час особистості властиво рефлексувати і психологічні характеристики, своє місце у соціальному світі, а й у світі загалом. Методика охоплює не тільки рольові аспекти, але всі сфери уявлень людини про свою особистість та її ядру – «Я». Найчастіше для аналізу відповідей піддослідних застосовують такі категорії угруповань: групи власності, тип кривності, основні заняття, риси характеру, інтерперсональний стиль, устремління та інших [23].

Процедура проведення:

Випробовуваний повинен протягом 12 хвилин дати двадцять різних відповідей на запитання, звернене до себе: «Хто я такий?» Відповіді слід давати у тому порядку, у якому вони спонтанно виникають. Потім він має оцінити кожен як позитивну (+), негативну (-), неоднозначну (\pm), або поставити знак того, що він утруднюється в оцінці (?).

Також важливим чинником, є те, які емоції у нас виникають під час проходження тесту, що ми відчуваємо, та в якому психологічно-емоційному стані знаходимося.

Перш за все, отримані результати є показником рівня безпосереднього розвитку рефлексії особистості, про який побічно можна судити по кількості відповідей даних за відведений проміжок часу, тобто чим більше відповідей дано за проміжок часу, тим вищий прояв та рівень рефлексії. З іншої сторони дана методика допомагає здійснити змістовну характеристику Я-концепції особистості. Далі проводиться наліз по кількісним характеристикам та співвідношенням категорій: визначається чи переважає соціальна приналежність та ідентичність, чи особистісні характеристики. При цьому важливо врахувати порядковий номер , тому що чим він вищий, тим важливіша ця категорія.

Також важливим аспектом вважається приєднання інших категорій, що вказують на ту чи іншу приналежність до певної категорії наприклад (учень, член гуртка), та диференціюючих, що вказують на деякі специфічні ознаки (люблю поспати, гарно маюю).

Також у методиці чітко виявляються гендерні особливості. Гендерна ідентичність – це частинка цілого «Я», яка походить від знання індивідом своєї приналежності о соціальної групи чоловіків чи жінок, також враховується емоційне бачення та призначення своєї приналежності. Текст опитувальника представлений у Додатку А [28].

Другою запропонованою методикою є методика Р. Бернса «Автопортрет». Головною метою даної методики є виявлення особистісних компонентів індивіда. Для виконання тесту необхідні олівці або ручка, та аркуш паперу, кожен з учасників має намалювати свій портрет, так як, він зараз себе бачить та відчуває [1].

Надзвичайно важливо для дослідження та психодіагностики, яким чином людина буде себе проявляти та на що конкретно буде ставити акцент, та за якими саме ознаками він може співставити себе з намальованим автопортретом [42].

Автопортрет, як художній прояв та висвітлення всіх своїх потайних сторін, має декілька розмежувань. Узагальнивши відмінності форм та проявів малювання автопортретів можна виділити важливі складові:

- графічне зображення (автопортрет знаходиться по центру);
- малюнок намальований з інтер'єром;
- малюнки декількох автопортретів, що вирізняються за статтю та віком;
- зображення в метафоричному стилі;
- портрет виконаний в колі значимих людей, коли індивід відчуває себе безпечно, зазвичай в колі друзів чи родини де відбувається якась звичайна ля них подія;
- реальна ситуація або виняткова;
 - зображення у вигляді фантастичних ситуацій чи людей [5].

Аналізуючи кожен малюнок, ми маємо чітко розуміти, що кожна ознака є дуже важливою при апробації результатів методики.

1. Естетичне зображення – зазвичай виконують схильні до малювання особи, які мають хист до творчості, майже завжди можна відрізнити за цією методикою людина має здібності чи ні. Лінії більш лаконічні, виражені та чіткі, є плавний перехід та гарна фактура самого малюнку.
2. Схематичне зображення – малюнок зазвичай відображають в профіль і анфас, а також у вигляді бюста. Людина, яка малює такого типу своє відображення має схильність до загальних уявлень про важливі для неї речі, особи зазвичай відносяться до інтелектуалів, деталі у такому випадку стоять на другому плані, тут грає роль стриманість та відчуття особливостей.
3. Реалістичне зображення – у такому випадку ми можемо спостерігати вже більш деталізований малюнок, є чітко виражені риси обличчя та тіла, такому образу притаманні особи, що схильні до педантичності та надмірної деталізації усіх процесів до так званого контрольованого режиму.
4. Метафоричне зображення – людина малює перш за все якісь вигадані процеси, вигаданих людей, може зображати себе у вигляді якоїсь фігури чи предмета. Це притаманно людям із перебільшеною фантазією, відчуттям гумору та творчістю
5. Автопортрет в інтер'єрі – зазвичай характерним є для людини якій уже важливий соціум і вона в ньому, потреба і більшій тактильності та спілкуванні, особа має здатність до сюжетного опису.
6. Емоційний автопортрет – людина здатна до такого зображення себе, коли вона сильно рефлексує та має надвисоку емоційність та найчастіше зображають свої емоції з іншого боку, аніж вони є насправді.

7. Зображення пози або рухи - з таким типом людина всіма лініями л зображає себе постійно в русі в якійсь дії та готовності. Це властиво особам які займаються активно спортом, танцями та мають більш швидкий темп життя.
8. Зображення автопортрета із спини – людина бунтар, вона буде йти всупереч поставлених завдань та лише наперекір [46].

Третя методика - методика Г. М. Казанцевої «Визначення рівня своєї самооцінки». Методика націлена на певну кількість тверджень, навпроти яких ставиться один з трьох варіантів відповідей: «так» (+), «ні» (-), «не знаю» (?), які відповідають власній поведінці в аналогічній ситуації. Бланк запитань: 1. Звичайно я розраховую на успіх у своїх справах. 2. Більшу частину часу я знаходжуся у пригніченому стані. 3. Більшість ровесників зі мною радяться [6].

Для становлення себе, як окремої особистості самооцінка відіграє дуже велику роль, Саме через нестабільну та занижену самооцінку ми породжуємо невпевненість в собі, провокуємо себе підсвідомо бути гіршими, аніж навпаки. Самооцінка формується перш за все через детермінанту матері та дитини, це основа, яка потім або допоможе в розвитку та скорішій соціалізації дитини чи навпаки лише призведе, до того що дитини буде постійно знаходитись в пригніченому стані і не зможе поділитися своїми переживаннями та проблемами. Тому вкрай важливою складовою до подальшого одужання є налагодження системи в своєму організмі. Коли ідеальне Я буде в гармонії із реальним Я, тільки тоді можемо сміливо стверджувати, що самооцінка є в нормі. Текст опитувальника представлений у (Додатку Б)

Четвертою методикою є «Самоопитувальник стану здоров'я пацієнта РНҚ 9». За допомогою цієї методики ми можемо визначити рівень самопочуття людини, в якому стані на даний момент вона перебуває, що найбільше її турбує та пригнічує. Адже нормальне функціонування організму людини є неперервною запорукою надходження енергії та самопочуття, це є однією із важливих сторін індивіда, щоб кожна функція відповідала за свої категорії та чітко їх виконувала.

Текст опитувальника складається із 9 тверджень, де необхідно поставити відповідну цифру від 0 до 3 в залежності від свого стану та відчуттів. Психосоматичному захворюванню властиво місяцями або ж роками породжувати в людині дуже багато патологій, з якими потім уже важко боротися, тому що, важливо вчасно звернути увагу на проблему та одразу ж шукати шляхи її вирішення. Нехтування таким підступним розладом призведе лише до ще більшого погіршення самопочуття та загострення всіх тих хронічних захворювань, які турбували нас раніше. Саме тому методика вказує чітко на проблему і чинники, що її породжують або ускладнюють ще більше, потрібно негайно реагувати задля збереження себе та свого здоров'я.

Дуже важливо є правильно та чітко встановити приналежність симптомів до тієї чи іншої патологічної хвороби і приступати до корекційних чи навіть медикаментозної терапії. Текст опитувальника представлений у Додатку В [62].

П'ятою методикою є Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг (Giesener Beschwerdebogen, GBB). Ця методика націлена на виділення скарг, які були спричинені соматичними симптомами. Тобто окремо для кожного індивіда розробляється та реєструється опитувальник, а будуть внесені його скарги стосовно тієї чи іншої патології.

Опитувальник складається із 57 пунктів, до нього належать такі показники як, загальне самопочуття, рівень стурбованості, вегетативні порушення, розлади функцій внутрішніх та зовнішніх органів. У методиці описується не тільки психічні симптоми, але й загальні. Кожен із пунктів оцінюється за 5-бальною шкалою: від 0 (скарга відсутня) до 4 (скарга виражена дуже сильно).

Також опитувальник допускає фіксування не лише зазначених в ньому з переліку симптомів, але й ті, які в той момент проходження людиною тесту найбільшою мірою її турбують та спричиняють дискомфорт і заважають нормальному функціонуванню в повсякденному житті.

Опитувальник складається із 4 основних шкал та одної сумарної. Найголовніша шкала включає по 6 пунктів, сумарна шкала включає в себе всі

24 пункти основних шкал. Інші питання не підлягають обробці та не співвідносяться зі шкалами. Текст опитувальника представлений у Додатку Г.

Шоста методика - «Шкала Бекка». Даний опитувальник складається з 21 пункту, у кожному з яких є кілька варіантів дійсних тверджень. Потрібно дуже уважно та сконцентровано прочитати всі варіанти запропонованих відповідей та обрати лише ту, яка найбільше описує стан на зараз та може охарактеризувати індивіда, відповідь яка найкраще описує Ваше самопочуття протягом останніх двох тижнів. Ця методика яку запропонував А. Бекк дозволяє побачити та виявити примітивний набір симптомів депресивного стану і різних скарг стосовно них, які найчастіше зустрічаються у пацієнтів. Опитувальник складається із 21 твердження де кожна категорія складається із 4-5 тверджень. Текст опитувальника представлений у Додатку Д [10].

Висновки до розділу 2

Підводячи підсумок другого розділу слід підкреслити, що дослідження проводилося на базі Подільського регіонального онкологічного центру міста Вінниця. В результаті теоретичного вивчення дослідження індивідуально-психологічних особливостей індивіда, була сформована гіпотеза дослідження, розроблений план дослідження та підібрані методики для дослідження та безпосередньо його проведення.

Метою експерименту було визначення основних чинників, що впливають на виникнення психосоматичних розладів та емпіричне вивчення особливостей Я-концепції осіб із психосоматичними розладами.

У даному дослідженні взяли участь 30 осіб віком від 25 до 45 років. На основі отриманих результатів проходження ними тесту Куна «Хто Я», було поділено на дві групи людей, перша група опитуваних, ті що мають психосоматичні захворювання та симптоми, друга група - особи які не мають соматичних симптомів.

У якості методичного інструментарію були використанні: методика Куна «Хто Я», методика Р.Бернса «Автопортрет», методика «Визначення рівня своєї

самооцінки» (розроблена Г.М. Казанцевою), «Самоопитувальник стану здоров'я пацієнта РНQ», Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг, методика «Шкала Бекка».

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

Були виділені наступні критерії для оцінки осіб з психосоматичними розладами: впевненість в собі, замкнутість, депресія ініціатива в соціальних контактах, рівень самооцінки самоспалення, самоінтерес, очікування відношення від інших, замкнутість. Вибірку складали хворі онкологічного центру, віком від 25 до 45 років.

Підводячи підсумок вищесказаного можна зробити висновок, що всі методики дійсно виправдовують себе та можуть бути корисними адже вони цілком вірно допомагають розкрити потаємні внутрішні фактори та виявити причину. Таким чином співвідношення соціальних ролей та індивідуальних характеристик говорить про те, як людина себе сприймає та ідентифікує, чи знаходить свою приналежність і чи потрібно їй в цьому допомогти. Відсутність у самоописанні індивідуальних характеристик, а саме рефлексивних показників, фізичних та матеріально-ціннісних, говорить про те, що недостатньо впевненості у собі, наявність у людини самокритичності та побоювань свого сприйняття та ідентичності.

Також відсутність ролей може лише підтверджувати про те, що немає власного бачення та своєї унікальності. А соціальна ідентичність може переважати тоді, коли в особистості спостерігається високий рівень «Я-інші», та низьким рівнем «ми-інші».

РОЗДІЛ 3

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ Я-КОНЦЕПЦІЇ В ОСІБ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

3.1 Аналіз результатів діагностики стану здоров'я осіб з психосоматичними розладами

З метою виявлення особливостей та відмінних ознак у осіб з психосоматичними розладами були використанні методики та виявлення, перш за все рівня самооцінки та ставлення до самого себе та самосприйняття себе та свого «Я», і яким чином «Я-концепція» впливає на світосприйняття та ідентифікацію своєї особистості.

Якщо у пацієнтів виявлено невротичний розлад, то одразу ж можемо зробити припущення що швидше за все соматична хвороба зіграла послаблюючу функцію та негативно вплинула на нервову систему, тому насамперед відбулось порушення сну, відсутній апетит та відчуття постійної тривоги і апатії, також присутнє відчуття тривоги та надлишкового хронічного стресу. Всі ці чинники вкрай негативно впливають на розвиток соматичних захворювань. Цілком важливою в такій ситуації є безпосередня допомога фахівця, лікаря, який знає що робити при таких ознаках та симптомах.

Для дослідження самопочуття респондентів ми використали Гіссенський опитувальник соматичних скарг. За допомогою цієї методики ми чітко зможемо прослідкувати прояви та вплив і емоційно забарвлених скарг з приводу стану фізичного здоров'я. Тому що вона дуже близько корелює із маскою депресії, а нам потрібно якомога швидше виявити та позбутися всіх подразників. Для правильної інтерпретації необхідно з'ясувати, чи немає у обстежуваного встановлених соматичних захворювань з підтвердженими діагнозами.

Хворий, що знаходиться в постійному круговороті несприятливих для нього умов життя, іноді не бачить відкрити перед ним проблему, і вважає, що все так і має бути, але насправді це обман його підсвідомості, де індивід керується лише якимись висновками, які йому приємніше слухати та

сприймати. Психіка особи з психосоматичними розладами завжди перебуває у стані занепокоєння, тому що йде порушення тих систем і підсистем в організмі, які до виникнення патології працювали злагоджено та правильно.

Своєрідної значимості для пацієнта відзначаються відчуття або "темні валові відчуття", які виникли під дією сигналів організму, і як наслідок спричинені морфо-функціональними змінами.

Спочатку суб'єктивно сприймані дифузні або локальні (в ділянці серця, шлунку, печінки і т.д.) невизначені відчуття позначаються, як дискомфортні. Також можуть виникати і больові синдроми, які не завжди вказують на вияв саме патології чи психосоматичного чинника. Нерідко виникає безсоння, яке в свою чергу продукує появу страху, навіюваності неприємних спогадів, та пережиток минулого, що також згубно впливає на загальний стан організму пацієнта, знижений апетит, порушується тонус організму, постійні роздуми про хворобу ще більше наштовхують людину не проектування в підсвідомості погано фіналу, і тоді у людини виникає безперервне бажання нічого не робити та виникає депресивний стан, який супроводжується відчуттям агресії, апатії, недомагання.

Фізіологічний дискомфорт і больові відчуття, у свою чергу, пов'язані з афективними переживаннями у вигляді відчуття тривоги і страху. При наростаючій інтоксикації у хворих виникає гіперестезія, коли шум, світло, розмови, дотик одягу стають неприємними, з'являються дратівливість, підвищена образливість і плаксивість. Звичні шуми робляться нестерпними, світло ліхтаря з вулиці – дратівливим, розмови оточуючих призводять хворого до стану нервово-психічного збудження [35].

Опитувальник має 5 шкал:

Е: Виснаження.

М: Шлункові скарги.

Г: Ревматичний чинник.

Н: Серцеві скарги.

Загальний бал.

Результати даного дослідження представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1- Результати Гіссенського опитувальника соматичних скарг

Шкала	1 Група (ЕГ)%	2 Група (КГ)%
Е: Виснаження	67	13,4
М: Шлункові скарги	13,4	6,7
Г: Ревматичний чинник	13,4	13,4
Н: Серцеві скарги	0	0

Отже, за результатами даного опитувальника ми виявили, що в 1 групі за шкалою Е виявлено 67%, що свідчить про достатньо високий рівень виснаження людей, які мають онко-захворювання. Респонденти відмічають не властиву їм раніше швидку втомлюваність, втрату спокою і внутрішньої рівноваженості, труднощі під час роботи, що вимагає зосередженої уваги і посидючості. Втома й одночасне збудження позбавляють їх чіткості та свіжості думки, що необхідні для продуктивної та цілеспрямованої діяльності. Пацієнти переживають стани страху та тривоги, провини та відчаю. Також респонденти дещо регресують у своїй поведінці. За шкалою М – 13,4% респондентів, за шкалою G-13,4%, за шкалою Н – 0. Інші респонденти не були віднесені до жодної шкали.

В групі 2 (КГ) – до шкали Е – 13,4%, шкала М – 6,7%, шкала G – 13,4%, шкала Н – 0 , інші респонденти не виявили соматичних скарг та не були віднесені до жодної шкали.

Отже, за Гіссенським опитувальником соматичних скарг, ми з'ясували, що більшість респондентів 1 групи мають психосоматичні розлади, зокрема 67% респондентів мають ознаки виснаження, доді як в 2 групі – 13,4%, що значно нижче, ніж в 1.

Наші розрахунки ми проводили за допомогою розрахункового онлайн калькулятора. Ми отримали наступні результати: $\varphi^*_{\text{емп}} = 3.479$ Отримане емпіричне значення φ^* знаходиться в зоні значимості (Рисунок 3.1.).

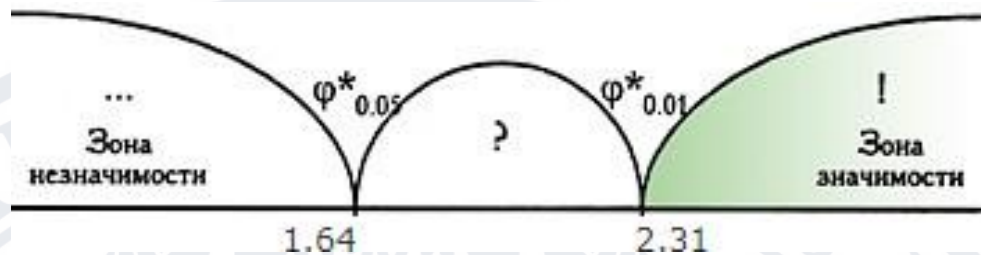


Рис. 3.1. Вісь значимості порівняння результатів Гіссенського опитувальника соматичних скарг

Як бачимо, дані статистики свідчать про те, що дані групи дійсно відрізняються за рівнем прояву соматичних скарг, що дає підстави вважати вибрану групу діагностично валідною.

3.2 Аналіз результатів діагностики когнітивного компоненту Я-концепції осіб з психосоматичними розладами

Я-концепція – це так званий прояв самосвідомості, це багатогранна система представлення та уявлення особистості про самого себе про своє власне Я. Компоненти образу Я вказують на те, як людина себе співвідносить та ототожнює з іншими та з самим собою, чи виникає в людини потреба бути в гармонії із своїм внутрішнім світом чи ні, вона формується під дією всіх навколишніх чинників та перш за все досвідом і світосприйняттям себе. Без цієї системи не може відбуватися баланс людини із своїм Я реальним образом та Я підсвідомим, це так звана саморегуляція всіх систем. Дуже важливою складовою подолання хвороб, це розуміння причини їх виникнення та знаходження найбільшого подразника, який провокує всі соматичні симптоми, саме тому Я образ стає перши на шляху до подолання цієї патології. Лише впоравшись зі своїми внутрішніми переживаннями та установками ми можемо рухатись вперед, тоді наш світогляд розширюється і мислення рухається в правальному векторному напрямку. Головною функцією образу Я – є інтеграція, головною метою – досягнути цілісності та віднайти гармонію в собі [22].

Результати порівняння рівня самосприйняття самого себе між групою осіб, у якої були зафіксовані прояви психосоматичних розладів (Група 1), та контрольною групою осіб у яких не має психосоматичних розладів (Група 2), за методикою М. Куна «ХТО Я», представлені у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 - Результати порівняння рівня самооцінки за методикою М. Куна «Хто Я?»

Види валентності ідентичності	Група 1 (ЕГ) (%)	Група 2 (КГ) (%)	Види валентності самооцінки	Група 1 (ЕГ) (%)	Група 2 (КГ) (%)
Негативна	60	10	Неадекватно- занижена	65	0
Нейтральна	25	10	Нестійка	15	20
Позитивна	15	65	Адекватна	20	80
Завищена	0	10	Неадекватно- завищена	0	0

З приведених даних можна чітко відслідкувати, що у осіб із психосоматичними розладами спостерігається досить занижена самооцінка та пригнічений стан, відчуття спустошення та не відчуття своєї ідентифікації та приналежності, це і є характерним для людей, які мають соматичні симптоми, тоді коли, контрольна група осіб має досить стабільну самооцінку, та відчуття рівноваги і своєї ідентифікації, також є в нормі. Отримані результати представлені на рисунку 3.2.

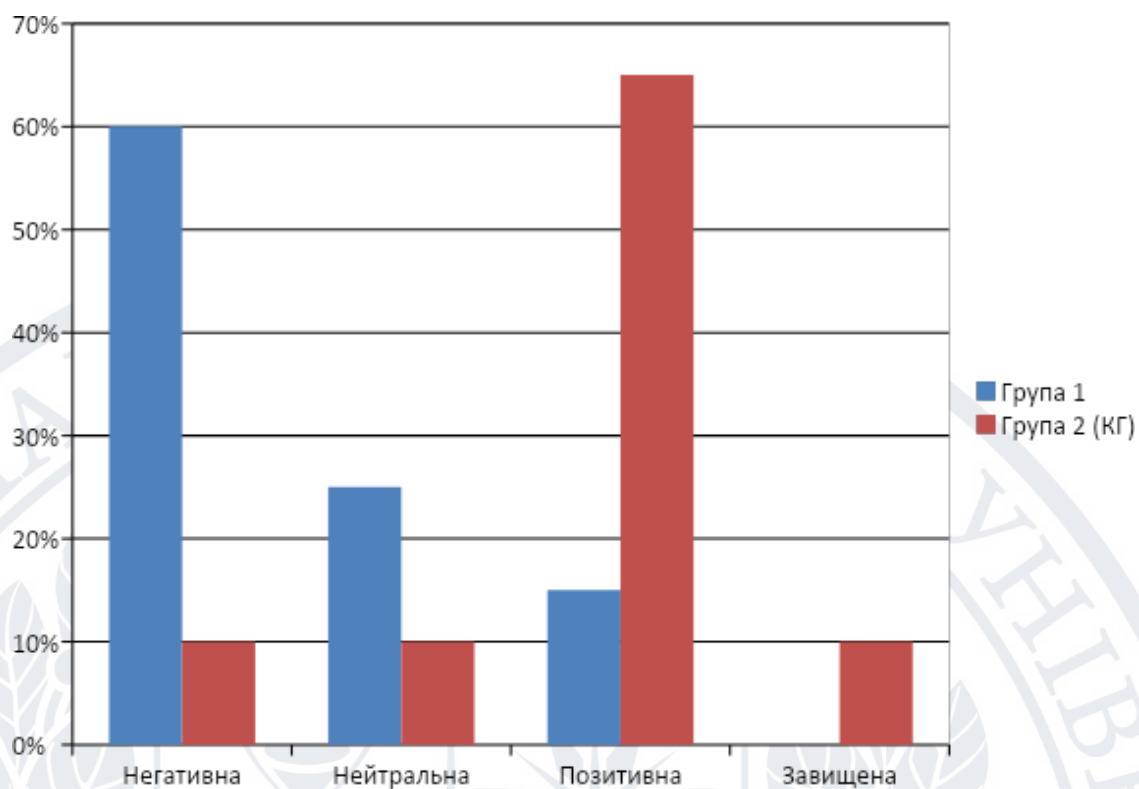


Рисунок 3.2 Рівень валентності ідентичності в групі 1 та групі 2 (КГ)

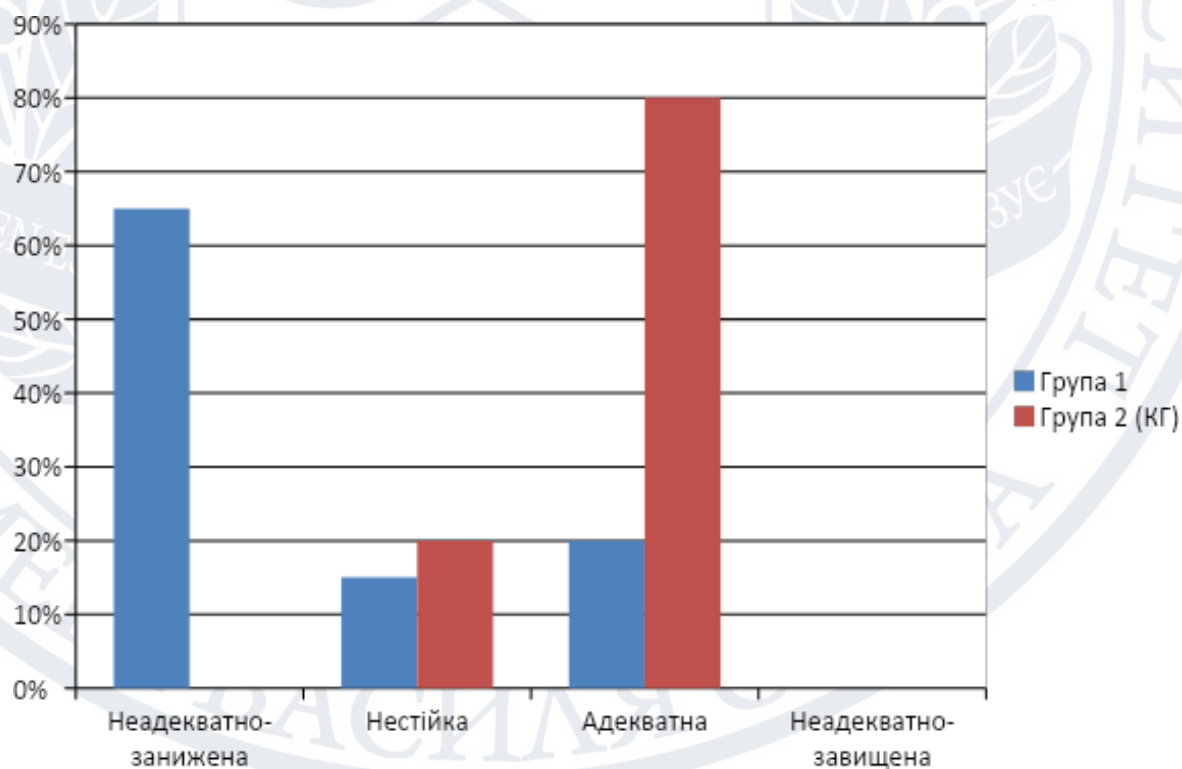


Рисунок 3.3 Рівень валентності самооцінки в групі 1 та групі 2 (КГ)

За отриманими результатами ми виявили, що в групі 1 валентність ідентичності складає 60% - негативний показник та 65 % неадекватно-заниженої самооцінки. Це свідчить про те, що люди 1 групи, у яких було виявлено психосоматичні розлади, у порівнянні з групою 2, мають занадто низькі показники самооцінки та рівня ідентичності.

Для перевірки достовірності отриманих результатів ми використали **Метод ϕ** (кутове перетворення ϕ) набув широкого поширення у вітчизняній психології під ім'ям «кутове перетворення Фішера». Критерій оцінює достовірність відмінностей між відсотковими частками двох вибірок..

Наші розрахунки ми проводили за допомогою розрахункового онлайн калькулятора. Ми отримали наступні результати: $\phi^*_{\text{емп}} = 4.949$. Отримане емпіричне значення ϕ^* знаходиться в зоні значимості (Рис.3.4).

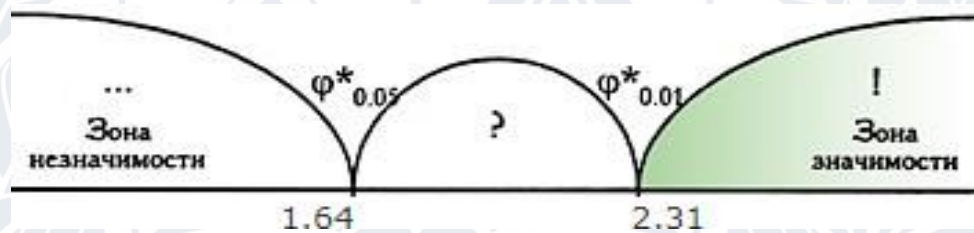


Рис. 3.4. Вісь значимості результатів порівняння рівня самооцінки та рівня ідентичності за Методикою М. Куна «Хто Я?»

Отже, ми можемо зробити висновки, що отримані результати достовірні і значимі для подальшого дослідження.

Благополуччя є ключовим поняттям у визначенні здоров'я, воно є центром та керуючим елементом завдяки якому всі інші компоненти набувають сили.

Збереження здоров'я та відчуття добробуту можливе лише тоді, коли людина сприймає себе такою, яка вона є, усвідомлює свої недоліки та достоїнства. Саме тому ми використали в дослідженні проєктивну методику «Автопортрет» Р. Бернса, результати якої представлені у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 - Результати порівняння індивідуальних особливостей людини між групами осіб

Шкала	1 Група (ЕГ)%	2 Група (КГ)%
Реалістичне зображення в повний зріст	20,1	13,4
Схематичне зображення в повний зріст	13,4	0
Схематичне зображення у вигляді особи	6,7	0
Реалістичне зображення обличчя анфас	13,4	0
Реалістичне зображення в повний зріст з предметом	6,7	6,7
Портрет в інтер'єрі	0	6,7
Сюжетне зображення	13,4	26,8
Метафоричне зображення	0	0
Реалістичне зображення у вигляді бюста	26,3	46,4
Реалістичне зображення в профіль	0	0

Отже, за результатами дослідження ми визначили, що в обох групах переважають реалістичні зображення у вигляді бюста за методикою «Автопортрет»: в 1 групі – 26,3%, в 2 групі – 46,4%. Це свідчить, що переважають респонденти схильні до педантичності, конкретики; люди, які звикли все уточнювати, перепитувати, аналізувати. Досить високий показник респондентів продемонстрували сюжетне зображення малюнків: в 1 групі – 13,4% та в 2 групі (КГ) – 26,8%. Це свідчить про те, що люди бачать себе в постійній взаємодії з соціумом, в деякій мірі залежать від нього. Можемо припустити, що це впливає на рівень впевненості в собі та самооцінки. Декілька респондентів зобразили свій «Автопортрет» у вигляді схематичних

зображень, реалістичних зображень в повний зріст та портрет в інтер'єрі. Ці малюнки відзначаються недостатнім відображенням деталей, не чіткими формами та розташуванням на аркуші, тому це ускладнює інтерпретацію результатів.

Під час опрацювання автопортретів респондентів ми звертали увагу не тільки на стиль малюнку та зображення, але й на більш значущі деталі, які розкривають психологічні стани. Зокрема, у трьох малюнках першої групи переважали тьмяні кольори, якими було виконано малюнок. В одного досліджуваного аркуш був обведений чорним кольором. Такі факти свідчать, що хворі перебувають в пригніченому та виснаженому стані, вони окреслюють своє життя неясним та темними фарбами. В двох досліджуваних на малюнку були присутні занадто чіткі та виконані з великим натиском штрихи, що свідчить про роздратованість, збентеженість, імпульсивність. Такі ознаки настрою дуже часто спостерігаються саме в онкохворих людей.

3.3 Аналіз результатів діагностики емоційного компоненту Я-концепції осіб з психосоматичними розладами

Зміст самооцінки має багато аспектів, так само складною й багатоаспектною є сама особистість. Самооцінка формується за допомогою окремих систем та підсистем у підсвідомості, а також за допомогою соціалізації в суспільстві. Кожний з компонентів самооцінки, відображає ступінь знання особистістю відповідних її якостей і ставлення до них, має свою лінію розвитку, тому може перебувати і різних станах таких як, адекватність, зрілість та незріла самооцінка, через що весь процес утворення загальної самооцінки має суперечливий і нерівномірний характер.

Форми взаємодії самооцінок — єдність, узгодженість, взаємодоповнення, конфліктні стосунки — передують процесові утворення єдиної самооцінки, супроводжують його і виявляються в постійних, іноді болісних і невдалих пошуках особистістю самої себе, в безперервній увазі до свого внутрішнього

світу з метою зрозуміти свою цінність у суспільстві, знайти своє місце у складній системі соціальних, сімейних і особистісних стосунків.

У процесі формування соціалізації відбувається становлення самооцінки особистості, де головну роль грає її раціональні компоненти.

За допомогою самоаналізу ми здатні до формування та виявлення всіх чітких та нечітких компонентів, які торкаються безпосередньо неусвідомлюваного та свідомого.

Самооцінка відображає саме якісну та достовірну специфічну форму свого психічного стану, інколи ці елементи можуть зовсім не співпадати, але це лише говорить про індивідуальність кожного організму до сприйняття тієї чи іншої форми. На кожному конкретному етапі розвитку особистості самооцінка, з одного боку відображає рівень розвитку самопізнання та емоційно-ціннісного ставлення до себе, з іншого — є важливою внутрішньою умовою їхнього розвитку. Для визначення рівня самооцінки респондентів ми використали методику Г.М. Казанцевої «Визначення рівня своєї самооцінки» та отримали наступні результати представлені в таблиці 3.3.

Таблиця 3.4 - Результати порівняння рівня самооцінки між групами осіб

Рівень самооцінки	Група 1	Група 2 (КГ)
Знижена самооцінка	66,5%	13,4%
Адекватна самооцінка	26,8%	66,5%
Завищена самооцінка	6,7%	20,1%

Отже, за результатами рівня самооцінки за методикою Г.М. Казанцевої ми отримали наступні результати: респонденти, які постійно перебувають в стаціонарі онкодиспансеру або інколи його відвідують (переважно люди які стоять на обліку у лікарів в зв'язку з онко-хворобою) мають знижену самооцінку (66,5%), тоді як в контрольній групі ця частка складає 13,4%. Адекватну самооцінку мають респонденти 1 групи – 26,8% в порівнянні з 2 групою (КГ) – 66,5%. Завищену самооцінку в 1 і 2 групі мають по 6,7% та

20,1% відповідно. Варто відзначити, що отримані результати за показниками наближені до результатів, які ми отримали за методикою М. Куна «Хто Я?». Дані представлені на рисунку 3.5.

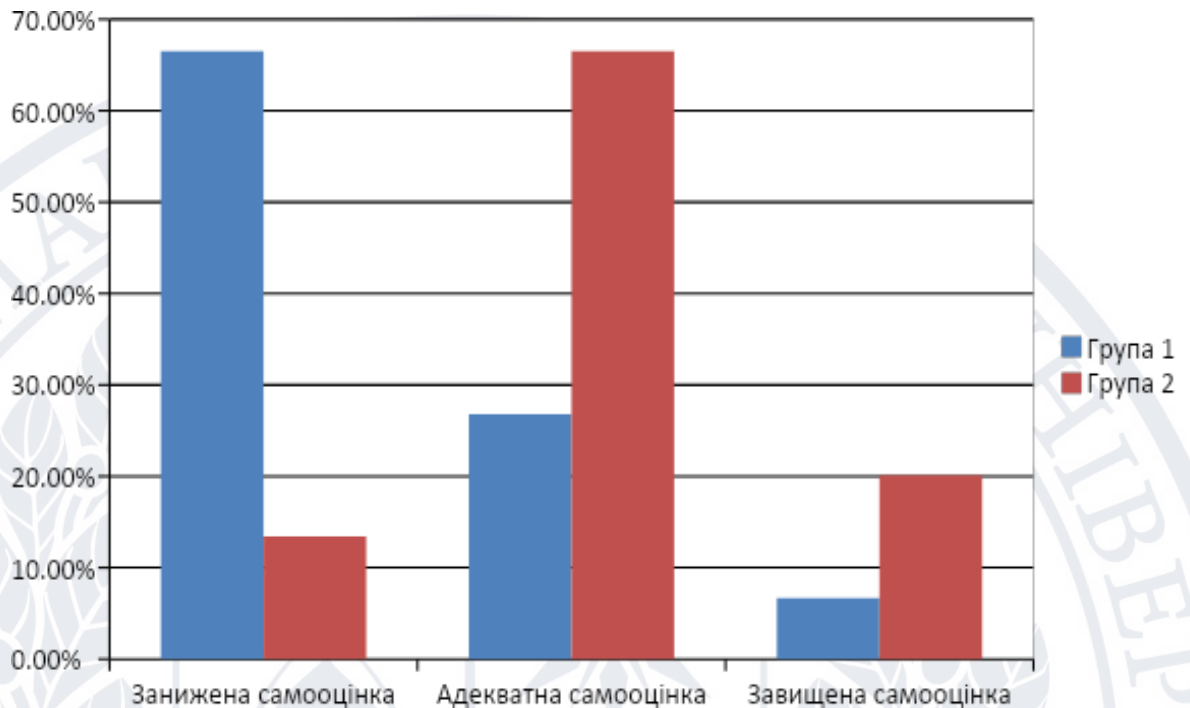


Рис. 3.5 Результати порівняння рівня самооцінки між групами осіб

Для визначення достовірності і значимості отриманих даних ми використали методику кутового перетворення Фішера та отримали наступні результати:

1. Занижена самооцінка $\phi^*_{\text{змп}} = 9.178$. Цей показник знаходиться в зоні значимості, отже результати є достовірні і наше припущення, що в онко-хворих людей самооцінка, як правило занижена, вони відчують себе тягарем, вони відчують невпевненість у власних силах, вони не рішучі та зневірені у власних силах. Але в такій самооцінці є і позитивні сторони, зокрема, такі люди при правильній мотивації прагнуть до розвитку та самовдосконалення. В хворих людей – це прагнення до одужання.

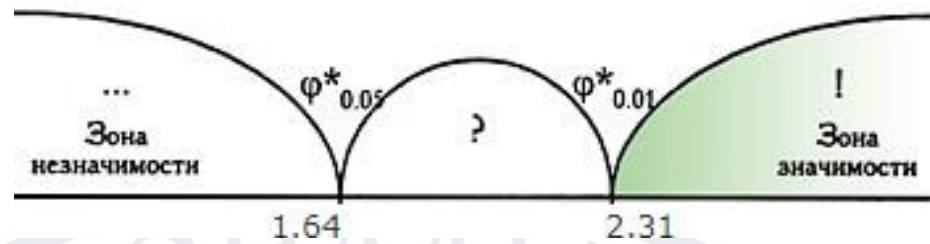


Рис. 3.6. Вісь значимості самооцінки за шкалою «Занижена самооцінка»

2. Адекватна самооцінка $\phi^*_{\text{мп}} = 6.01$. Даний показник знаходиться в зоні значимості (Рис.3.7). Результати дослідження доводять, більшість респондентів групи 2 мають адекватну самооцінку, на відміну від першої. Це свідчить, що люди, які не обтяжені психосоматичними розладами мають адекватне уявлення власного «Я». Однак для характеристики позиції особистості, недостатньо знати одну лише самооцінку. Важливо мати уявлення про те, яка, на думку даної особистості, оцінка, яку особистість заслужила в даній групі і яку, як вона припускає, їй можуть дати товариші (очікувана оцінка).

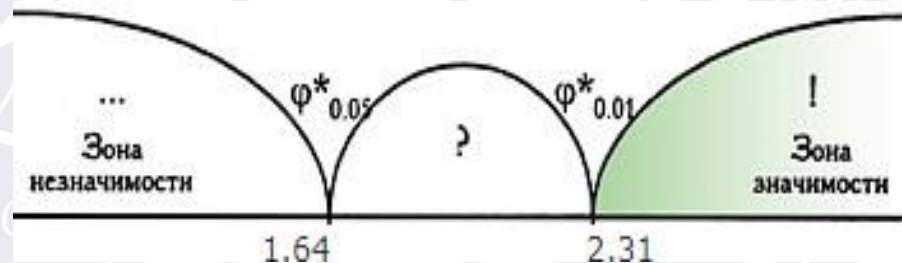


Рис. 3.6 Вісь значимості самооцінки за шкалою «Адекватна самооцінка»

3. Завищена самооцінка $\phi^*_{\text{мп}} = 3.833$. Даний показник є значимим (рис.3.8), що свідчить про достовірність нашого припущення: люди з онко-захворювання сконцентровані на більше на власному здоров'ї та в більшості випадків не мають завищеної самооцінки.

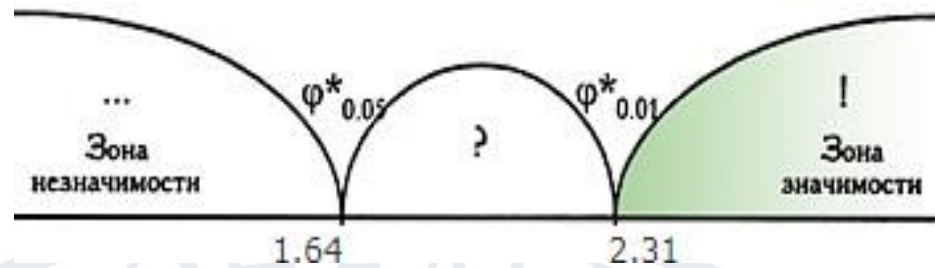


Рис.3.7 Вісь значимості самооцінки за шкалою «Адекватна самооцінка»

Отже, за результатами отриманих даних ми визначили, що респонденти 1 групи – 15 чоловік, які перебувають в онко-диспансері мають особливі компоненти «Я концепції», зокрема, психологічні особливості, що викликають соматичні розлади, мають специфічну природу: перший це спосіб самовитіснення, певна емоційна неусвідомленість, друга це ставлення індивіда до самого себе та до найближчого оточення.

Всі психічні процеси які відбуваються в нашому організмі, протікають на усвідомленому рівні відіграють лише незначну роль, мають вторинний характер в динаміці та розвитку патології, де справжню причину відзначити більш важче, ніж здається на перший погляд.

Усвідомлено проявляються пацієнтом негативні емоції страху, гніву, агресії, як правило, мають гострий реактивний характер, вони нетривалі за часом, проявляються спонтанно, оскільки не вступають в конфлікт з вимогами Супер-Его, а тому такі емоції не можуть викликати змін в органічній структурі. Інша справа, коли ці ж емоції пригнічуються через їх несумісність з уявленнями про власну особистість і не знаходять спонтанного вираження. Для того щоб дійсно коректно встановлювати психосоматичний діагноз потрібно звернути увагу перш за все на життєві обставини та ситуації хворого, саме тоді, співставивши різні періоди життя ми можемо виявити причину та її наслідки, що саме спонукало о прояву соматичних симптомів, а не лише корелювати поточними емоціями та станом пацієнта.

Тоді вони ведуть до хронічної іннервації - встановлення тривалих за часом кортіко-вісцеральних динамічних зв'язків, викликаючи тривалі порушення функціонування внутрішніх органів [41].

Ситуативні життєві переживання, найчастіше дуже стріско впливають на організм людини та його функціональність. Тест на депресію (PHQ-9) - це опитувальник, який звичайно використовують у дослідженнях для тестування депресії серед респондентів. Потрібно позначити твердження, яке підходить найкраще. Загалом можливо набрати від 0 до 27 балів.

Таблиця 3.5 - Результати самоопитувальника стану здоров'я респондентів PHQ

Критерії розподілу респондентів згідно з інтерпретацією анкети PHQ-9	Висновок за інтерпретацією анкети PHQ-9	Кількість хворих у %	
		1 група	2 група
Наявні не менше, як 5 відповідей у затемнених полях анкети, одна з яких на питання № 1 або № 2	Великий депресивний розлад	6,7	0
Наявні не менше, як 4 відповіді у затемнених полях анкети, які включають питання № 1 та № 2	Депресивний розлад	40,2	13,4
Наявні від 2 до 4 відповідей у затемнених полях анкети, одна з яких на питання № 1 або № 2	Інший депресивний розлад	6,3	26,8
0-2 відповідей одна з яких яких на питання № 1 або № 2	Відсутній депресивний розлад	13,4	59,8

Якщо порівнювати дані за методикою кутового перетворення Фішера ми можемо спостерігати значимість отриманих результатів:

1. Депресивний розлад - $\phi^*_{\text{эмп}} = 5.42$
2. Інший депресивний розлад - $\phi^*_{\text{эмп}} = 5.309$
3. Відсутній депресивний розлад - $\phi^*_{\text{эмп}} = 8.312$

Отже, згідно з інтерпретацією анкети PHQ-9 ми можемо зробити висновки, що більшість респондентів 1 групи мають ознаки депресивних станів, зокрема: великий депресивний розлад має 1 респондент – 6,7%, депресивний розлад – 40,2%, інші депресивні розлади – 60,3%,. В 2 групі (КГ): великий депресивний розлад у респондентів відсутній, ознаки депресивного розладу – 13,4%, інші депресивні розлади – 26,8%, ознаки депресивних розладів взагалі відсутні в 59,8% респондентів. Це свідчить про те, що люди онко-хворі мають більш виражені ознаки депресивних розладів, так як хвороба впливає на емоційний та психічний стан особистості.

Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI) – один з перших тестів, що відрізняються високою релевантністю та специфічністю, створених для використання у клінічній практиці з метою діагностики та оцінки рівня депресивних розладів. Саме тому ми використали його в своєму дослідженні та отримали результати представлені в таблиці 3.6 [60].

Таблиця 3.6 - Результати дослідження за Шкалою депресії Бека

Рівні депресивних станів	Група 1 у %	Група 2 (КГ) у %
Відсутність депресії	6,7	33
Відхилення від нормального психологічного стану	46,4	33,5
Помірна депресія	40,2	33,5
Виражене депресія	6,7%	0
Важка стадія паталогії	0	0

Отже, за отриманими даними ми виявили, що в 1 групі респондентів відхилення від нормального психічного стану склали 46,4%, тоді як в 2 – 33,5%; помірна депресія виявлена в 40,2% і 33,5 % у 1 і 2 групах відповідно. Відсутність депресії у 6,7% та 33% у 1 та 2 групах відповідно. Легка форма коригується без використання медикаментів, у такій ситуації найкращим рішенням стануть книги, спілкування та відповідна музика. Якщо виявлені більш глибокі ознаки депресії, то варто звернутися до кваліфікованого спеціаліста за допомогою, який комплексно допоможе вирішити дану проблему. Варто відмітити, що такі стани особистості є надзвичайно небезпечними та можуть мати негативні наслідки як для фізичного, так і для психічного здоров'я людини.

Відтак, в людей, що перебувають в онко-стаціонарі на всіх етапах перебування в лікувальній установі та лікувального процесу спостерігаються психогенні реакції, що розрізняються за ступенем виразності, клінічними проявами і психологічним змістом. З точки зору клінічної психології, онкологічні хвороби часто співставляють з екстремальними або кризовими ситуаціями.

Ситуація зустрічі з онкологічним захворюванням є для кожного хворого конфліктною ситуацією, причому даний конфлікт має суто психологічний характер. Під час дослідження ми підтвердили, що результати групи 1 виражені в підвищені депресивних станів, низької самооцінки, зниження емоційного фону, неадекватне сприйняття дійсності, негативне самоставлення. Хворий, який потрапляє в дану ситуацію, перед перспективою невизначеності, небезпеки відчуває тривогу, страх, що найчастіше призводить до високого рівня емоційної напруги, психічних порушень та дезорганізації поведінки. Ступінь виразності реакції, як визначено за результатами нашого дослідження, коливається від легкої до важкої: причому, під першою розуміється комплекс не різко виражених розладів, що наближаються до невротичного рівня, а при важкому ступені сила переживань сягає значної інтенсивності, досягаючи майже психотичного рівня. Проміжне положення займає середній ступінь

виразності реакції, що відповідає невротичному рівню. До провідного розладу при цих реакціях відносяться: тривога, що досягає іноді рівня страху чи навіть жаху, зниження настрою (від сумного до глибокої туги), апатія, іноді дисфорія (тужно-злісний настрій). Ступінь та її симптоматика пов'язані, насамперед, з тим чи іншим етапом лікувального процесу та психологічних особливостями особистості хворого.

Під час дослідження ми спирались на теорію психосоматичного Его З.Фрейда., який зазначав про існування в структурі особистості психічного і тілесного «Я». Тілесне «Я» розглядалося нами як представленість («проекція») тілесних функцій у психічній сфері, як феномен сприйняття процесів, що відбуваються в тілі. Ті функції і частини тіла, які з якихось причин відкидаються людиною, - витісняються в сферу несвідомого, тобто не входять в його особистісну ідентичність. Енергія, що виходить від цієї ділянки тіла або функції, починає прагнути до реалізації і, зіштовхуючись із такою психологічною захистом «Я» від несвідомих імпульсів як опором, призводить до розладу витісняється тілесної функції.

Спостерігаються випадки, коли згідно соматичного стану хворий міг би продовжити трудову діяльність, але фіксовані невротичні симптоми і зміни характеру, що виникли на ґрунті тривалої соматичної хвороби, роблять його непрацездатним ще багато місяців. Найчастіше мова в таких випадках йде про іпохондричні розлади в сукупності з іншими невротичними або патохарактерологічними радикалами (істеричним, обцесивним та ін.) Іпохондричний прояв на тлі скарг соматичного характеру буває провідним і у хворих з невротичною депресією, особливо при маскованих формах останньої. Ці хворі часто свій пригнічений настрій пояснюють поганим фізичним станом. Лікаря важливо не тільки запідозрити наявність у хворого стресового стану, але й намагатися визначити його характер, що необхідно для подальшого лікування. Цілеспрямована бесіда з метою виявити добове коливання настрою, сезонність підвищеної тривожності, зв'язок їх з ситуацією, особливості вегетативних порушень допомагають правильно класифікувати ці симптоми.

Так, раннє вранішнє пробудження з "нестримною тугою" характерні для циркулярної депресії, а пробудження з великими труднощами, яке супроводжується слабкістю та розбитістю, – для невротичної депресії. При циркулярній депресії, як правило, спостерігається підвищення артеріального тиску, при невротичній – гіпотонія. У хворого з циркулярною депресією очі "сухі", при невротичній – виражена сльозливість [35].

Правильна оцінка депресивного стану сприяє профілактиці суїцидів. Якщо при невротичній депресії загроза самогубства невелика, то при циркулярній депресії суїцидальні думки виникають досить часто, у зв'язку з чим необхідно госпіталізувати хворого, так як в домашніх умовах "самогубство є непередбачувані".

Різні соматичні реакції у депресивних хворих та порушення окремих функцій організму можуть спонукати до постановки невірної діагнозу. Різде схуднення хворих на депресію, відсутність апетиту можуть нашкодити лікарю на думку про новоутворення та направити його по невірному шляху, створюючи при цьому умови для виникнення у хворого ще й канцерофобії. Це часто призводить до складних, болючих, неприємних процедур обстеження, які проводяться без врахування психологічного стану хворого. Помилкове трактування стану хворого веде до неправильних подальших дій. Хворих часто направляють на обстеження в непрофільні стаціонари. Часто при детальному обстеженні і соматичному лікуванні не настає покращення самопочуття, навпаки, хворий тільки переконується в невиліковності свого захворювання. При цьому депресія може поглиблюватися, призводячи до відчаю та суїцидальних дій, котрі в умовах лікарні не завжди можна попередити. Інколи хвороба пацієнта проявляється як стан фрустрації – специфічні емоційні стани людини, що виникають у випадку появи непереборних перешкод на шляху до досягнення бажаної мети. Фрустрація виявляється як агресія, озлобленість, що можуть бути спрямованими на інших (агресивна фрустрація), або на себе, звинувачення самого себе в невдачах (регресивна фрустрація). Часто повторювані стани фрустрації можуть закріпити

в особистості людини деякі характерні риси: млявість, зневіру в себе, "комплекс неповноцінності", байдужість, безініціативність. Якщо людина тривалий час не виходить з фрустраційного стану, то формується невроз – хвороба, що виникає внаслідок конфлікту людини з оточуючим середовищем на підставі зіткнення бажань людини і дійсності, що їх не задовольняє.

3.4 Результати апробації програми реабілітації осіб з психосоматичними розладами

Тренінг «Підвищення самооцінки та психологічної рівноваги в осіб з психосоматичними розладами»

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, які є найбільш ефективними для досягнення конкретних завдань формування особистості, окремих її властивостей та психічних функцій).

За тривалістю: короткотривала – 16 днів по 2-4 години (всього 40 год).
Текст тренінгу представлений у Додатку Е.

Перевірка результатів проведеного тренінгу, в якому брали участь 15 осіб, які мають психосоматичні порушення та розлади. Люди, які звернулись по допомогу до спеціаліста онкологічного центру. Для того щоб впевнитись у достовірній роботі проведеного тренінгу, після його закінчення респондентам було запропоновано повторно пройти деякі методики для порівняння результатів дослідження. Щоби показники порівняння до та після були якомога правильними, ми оцінюємо за допомогою t-критерію Стьюдента.

В результаті проходження тренінгу, та підбивання підсумків статистична значимість є меншою 0,7 %, це свідчить про позитивну сторону зрушень з

негативної точки, респонденти які проходили тренінг в більшості змогли трішки підняти рівень своєї самооцінки та сприйняття свого Я.

Результати проведення реабілітаційної методики Гіссенського опитувальника соматичних скарг поданні у наведеній нижче таблиці 3.7.

Таблиця 3.7 - Результати Гіссенського опитувальника соматичних скарг, у осіб з психосоматичними розладами.

Шкала	1 Група (ЕГ)% день 1	1 Група (ЕГ)% день 16
Е: Виснаження	67	50
М: Шлункові скарги	13,4	11,6
Г: Ревматичний чинник	13,4	12,5
Н: Серцеві скарги	0	0
Значимість Стьюдента		0.015

Таким чином за результатами показників, чітко спостерігається, що респонденти мають значну відмінність між 1 та на 16 день, показники які були найбільше низькі, це Е: виснаження 67% стало 50%. Тобто є досить непогані зміни та самопочуття у респондентів дійсно покращилось, це говорить про ефективність даного тренінгу, який був націлений на підняття та покращення рівня самооцінки та свого самопочуття.

Наступна методика, за якою було проведено та виявлено ефективність дослідження є методика М. Куна «Хто Я», результати подані у табл.3.8.

Згідно із даними проведення цієї методики, бачимо суттєві зміни у осіб з вираженими психосоматичними розладами, нестійкою поведінкою, пригніченим станом, відслідковується значно покращення з негативним світосприйняттям та неадекватно заниженою самооцінкою показник 60 %

змінився на 45%, що свідчить про те досить гарний та продуктивний результат за такий відносно короткий проміжок часу.

Таблиця 3.8 - Результати порівняння рівня самооцінки за Методикою М. Куна «Хто Я»

	Група 1 (ЕГ) (%)			Група 1 (ЕГ) (%)	
Види валентності ідентичності	день 1	день 16	Види валентності самооцінки	день 1	день 16
Негативна	60	45	Неадекватно-занижена	65	47
Нейтральна	25	20	Нестійка	15	10
Позитивна	15	37	Адекватна	20	40
Завищена	0	0	Неадекватно-завищена	0	0

Наступною запропонованою методикою для достовірності показників проведення тренінгу є самоопитувальника стану здоров'я респондентів РНҚ-9. Результати подані у табл. 3.9.

Якщо прослідкувати закономірність, то можемо чітко прослідковувати позитивні зміни та покращену динаміку руху то + факторів.

Отже, згідно з інтерпретацією анкети РНҚ-9 ми можемо зробити висновки, що більшість респондентів які мали депресивні глибокі стани мають більш сталі показники та менший показник депресивних станів, зокрема: великий депресивний розлад має 1 респондент – 6,7%, депресивний розлад – 40,2%, інші депресивні розлади – 60,3%, тоді як на 16 день проведення реабілітаційного тренінгу всі показники які негативно впливали на респондентів зменшились на 15% , це вказує на те, що методики та корекційна програма позитивно вплинула на осіб з психосоматичними розладами.

Онкохворі мають після закінчення тренінгу менш виражений депресивний стан та знаходяться у більш спокійному емоційному вираженні своїх емоцій та почуттів.

Таблиця 3.9 - Результати самоопитувальника стану здоров'я респондентів PHQ- 9 до та після проведення корекційної роботи

Критерії розподілу респондентів згідно з інтерпретацією анкети PHQ-9	Висновок за інтерпретацією анкети PHQ-9	Кількість хворих у %	
		день 1	день 16
Наявні не менше, як 5 відповідей у затемнених полях анкети, одна з яких на питання № 1 або № 2	Великий депресивний розлад	6,7	3,8
Наявні не менше, як 4 відповіді у затемнених полях анкети, які включають питання № 1 та № 2	Депресивний розлад	40,2	27,4
Наявні від 2 до 4 відповідей у затемнених полях анкети, одна з яких на питання № 1 або № 2	Інший депресивний розлад	6,3	0,8
0-2 відповідей одна з яких яких на питання № 1 або № 2	Відсутній депресивний розлад	13,4	20,8

Наступною методикою, яка була використана для більшої достовірності інтерпретації результатів є шкала депресії Бека. Саме ця методика дає змогу

чітко відслідкувати клінічні прояви оцінки епресивного стану особи, завдяки її специфіці вона є більш ніж достовірною. Результати подані у табл. 3.10.

Таблиця 3.10 - Результати дослідження за Шкалою депресії Бека «до» та «після» проведення корекційної роботи у осіб з психосоматичними проявами

Рівні депресивних станів	день 1 (%)	день 16 (%)
Відсутність депресії	6,7	0,3
Відхилення від нормального психологічного стану	46,4	23,5
Помірна депресія	40,2	15,5
Виражене депресія	6,7	0,01
Важка стадія паталогії	1,6	0

Отже, за отриманими даними ми виявили, що в 1 групі респондентів відхилення від нормального психічного стану склали 46,4%, тоді коли, після проведення корекційної роботи показники покращились на 25%, що свідчить про достовірність проведення діагностичної методики та їх результатів.

Якщо порівнювати дані за методикою кутового перетворення Фішера ми можемо спостерігати значимість отриманих результатів:

1. Депресивний розлад - $\Phi^*_{\text{мп}} = 5.42$ (до проведення корекційної роботи).
2. Відсутність депресії: $\Phi^*_{\text{мп}} = 5.178$ (після проведення корекційної роботи). Цей показник знаходиться в зоні значимості, отже результати є достовірні і наше припущення, що в онко-хворих людей значно покращився емоційний стна та депресивні прояви стали менш помітними, вони відчують впевненість у власних силах, вони стали більш рішучими та змогли налагодити деякі фінкції організму, які були значно відхилені від норми. В такій ситуації позитивні зміни чевидні, зокрема, такі люди при правильній мотивації

прагнуть до розвитку та самовдосконалення. В хворих людей – це прагнення до одужання.

Відтак, в людей, що перебувають в онко-стаціонарі на всіх етапах перебування в лікувальній установі та лікувального процесу спостерігаються психогенні реакції, що розрізняються за ступенем виразності, клінічними проявами і психологічним змістом. Результати методики після проходження терапевтичної допомоги значно покращили показники які були у респондентів в перший день, на 16 день тренінгу, особи з вираженими соматичними симптомами вже відчували певну свободу в діях та у своєму тілі, за допомогою розкриття сутності образу Я кожного індивіда, ми допомогли хворим пришвидшити час реабілітації та лікування даної патології.

Узагальнюючи результати можемо констатувати високий рівень досягнення проведеної корекційної роботи. Всі методики були направлені на подальше швидке одужання та прийняття себе і покращення насамперед свого здоров'я та стабілізацію рівня своєї емоційної напруженості. Саме завдяки виконанню чітких поставлених задач, особи які лікуються в онкоцентрі були вкрай задоволені результатами проведеного дослідження.

Висновки до розділу 3

В ході експериментального дослідження була організована та проведена робота, спрямована на виявлення компоненту Я-концепції осіб з психосоматичними розладами.

З врахуванням отриманих результатів враховуючи всі етапи проведеного дослідження було створено реабілітаційну програму, що розрахована на 16 днів, з розвитку когнітивного компоненту особистості, емоційного аспекту самоцінності індивіда та направлення до її цілісних систем організму.

Реабілітаційна програма охоплює в собі комплекс методик та технік, для покращення стану здоров'я та самопочуття пацієнта.

Під час проведення дослідження можна зазначити, що внаслідок застосування корекційної програми, після її закінчення були виявлені численні

зміни у респондентів, які перебувають під наглядом онкоцентру та мають психосоматичні порушення. Показники за методиками вказують на змінні компоненти в організмі людей під час проведення дослідження, до проведення корекційної програми хворі почувалися в емоційно подавленному стані, з вираженими соматичними симптомами, які свою чергу заважали їм для нормального функціонування в навколишньому середовищі.

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.

Задля більшої достовірності проведеної психокорекційної програми, було проведено контрольний зріз, який показує ефективність проведення дослідження. Результати дослідження показали, що під час проведення корекційної програми показники виявились значно вищими, аніж в перший день реабілітації. Була зафіксована значна динаміка у зростанні рівня самосвідомості та рівень самооцінки і приналежності себе до свого Я набагато підвищився, також результати продемонстрували, що хворі змогли частково подолати депресивні стани та емоційну нестабільність.

Отже, ми визначили, що існує зв'язок між емоційними станами людини та порушення фізичного здоров'я. В нашому дослідженні за допомогою означених методик ми виявили, що існує пряма залежність між психологічним станом та хворобою.

Таким чином, психосоматичний розлад, відповідно результатів нашого дослідження, є результат негативного ставлення індивіда до окремих елементів свого «Я», викликаного неконструктивними відносинами зі значимими людьми

з найближчого оточення. Виникнення психосоматичних реакцій на травмуючі життєві події виявляється пов'язаним тут з нерозвиненою здатністю людини встановлювати чіткі межі своєї ідентичності, розділяти своє і чуже думка про самого себе. За образним висловом Г. Аммона, психосоматик замість питання, зверненого до самого себе: «Хто Я?», Намагається добитися від інших відповіді на питання: «Що зі мною відбувається?». Тим самим через хворобу він іде від своєї справжньої до «помилкової» ідентичності, постійно коливаючись між тотальною залежністю від значущих інших і озлобленістю до самого себе.

Психотичні розлади ми трактуємо як втрату контакту з зовнішнім оточенням внаслідок порушення архаїчної структури Его. При цьому весь досвід і поведінку людини повністю визначаються уявним почуттям безмежної влади або страху знищення, які сприймаються як реальні. Порушення архаїчної структури Его стосуються несформованості роздільного сприйняття психічної та об'єктивної реальності, через що мрії, страхи, фантазії і нав'язливості психотика проектується на навколишнє середовище без урахування принципу реальності.

ВИСНОВКИ

За результатами проведеного дослідження особливостей Я-концепції в осіб з психосоматичними розладами можна сформулювати наступні висновки.

Визначено, що Я-концепція є потужною системою всіх можливих уявлень та представлень щодо самого себе, як цілісної структурної одиниці, яка включає в себе такі властивості як усвідомлення своїх інтелектуальних, фізичних та природних компонентів, самооцінки та суб'єктивного і об'єктивного сприйняття себе та навколишнього середовища, вона формується під впливом власного досвіду та має необмежені кордони самопізнання та прийняття свого власного Я.

Виокремлено когнітивні відмінності, які спостерігались в дослідженні, а саме: порушення в пацієнтів із психосоматичними симптомами проявляються ураженням таких когнітивних доменів, як зорово-конструктивне сприйняття, увага, занижена самооцінка, невідчуття власної приналежності та розмиття своєї самосвідомості. Хворим притаманні також депресивні стани, порушені соматичними симптомами та надлишкова увага, приділена неусвідомленим факторам, які негативно впливають на людину, такі як навіювання, постійні роздуми про хворобу, відчуття самотності та закритості.

Під час проведення корекційної роботи, яка була спрямована на значний рівень підвищення самооцінки та самоставлення до самого себе, зафіксовано високі показники змін в емоційній компоненті кожного респондента, значні зміни відбулись і на свідомі рівні людей, вони почали відчувати свою ідентичність, почали чітко розуміти насамперед своє внутрішнє Я та вже частіше прислухаються до себе задля покращення результатів лікування. На 16-й день проведення тренінгу, хворі вже самостійно могли стверджувати та аналізувати свої проблеми та як їм потрібно діяти для того щоб реабілітація була більш ефективнішою.

Людина чітко розмежовує свої почуття та враження, які несуть для неї свій окремий зміст та значимість, які можуть відповідати її минулому досвіду чи очікуванням щодо подальшого розвитку тих чи інших подій. Тобто всі

переконання стають досить актуальними, коли мова йде про себе і свою ідентичність. Тому тільки тоді, коли людина наповнена певними враженнями та особистісними переживаннями стосовно себе, які в свою чергу несуть для індивіда чуттєву інформацію та емоції, то лише тоді ми можемо стверджувати, що в особистості проявляється Я-концепція. Коли всі враження співвідносяться її чуттєвим переживанням, індивід рухається на шляху до самовдосконалення та самоусвідомлення, а ті враження, які були установлені колись, стають лише проміжними і допомагають у винайденні та усвідомленні нових вражень.

Серед безлічі причин, які породжують соматичні симптоми та захворювання, має велике значення протистояння, яке відбувається всередині кожної особистості, а саме психологічні травми, алекситимія, неможливість прояву власного гніву, агресії, неможливість відстояти власну думку свої інтереси та потреби.

У результаті проведеного дослідження визначено, що Я-концепція – це динамічна система уявлень людини про свою приналежність про свою сутність, про самого себе як цілісного образу. Вона включає глибоке осмислення та усвідомлення усіх аспектів людської значимості, своїх інтелектуальних та фізичних властивостей, своєї самооцінки, та формує ставлення до всіх факторів, які впливають на суб'єктивну оцінку з боку інших зовнішніх чинників. Тобто в процесі становлення, Я-концепція впливає, як результат психічного розвитку людини, яка може видозмінюватись під дією різноманітного впливу з боку інших стресових чинників. Саме завдяки функціям Я-концепції особистість має змогу захистити себе від негативних факторів, які можуть заважати нормальному функціонуванню людини.

Психосоматичні розлади спричинюються безпосередньо наслідками психологічного стану людини, стресу та переживань. Розлади від стресу пов'язують з психосоматичними розладами, але доведено, що велика кількість хвороб мають саме психосоматичні симптоми, які погіршуються стресом та дистресом - це є хвороби серця, синдром подразненого кишечника, нервовий шлунок та охорона скликаних м'язів.

Підводячи підсумок слід наголосити, що дослідження проводилося на базі Подільського регіонального онкологічного центру міста Вінниця.

В результаті дослідження індивідуально-психологічних особливостей індивіда сформовано гіпотезу та розроблений план дослідження, підібрані методики для проведення безпосередньо самого дослідження.

У проведеному дослідженні взяли участь 30 осіб віком від 25 до 45 років. На основі отриманих результатів проходження ними тесту Куна «Хто Я» їх було поділено на дві групи людей, перша група опитуваних - ті що мають психосоматичні захворювання та симптоми, друга група - особи які не мають соматичних симптомів. У якості методичного інструментарію були використанні методики Куна «Хто Я», Бернса «Автопортрет», Казанцевої «Визначення рівня своєї самооцінки», а також самоопитувальник стану здоров'я пацієнта RHQ, Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг та шкала Бекка. Були виділені наступні критерії для оцінки осіб з психосоматичними розладами: впевненість в собі, замкнутість, депресія, ініціатива в соціальних контактах, рівень самооцінки, самоспалення, самоінтерес, очікування відношення від інших, замкнутість.

Підводячи підсумок вищеописаного можна зробити висновок, що всі методики спрацювали і допомогли виявити причини та розкрити потаємні внутрішні фактори. Таким чином співвідношення соціальних ролей та індивідуальних характеристик говорить про те як людина себе сприймає та ідентифікує, чи знаходить свою приналежність і чи потрібно їй в цьому допомогти. Відсутність у самоописанні особою індивідуальних характеристик, а саме рефлексивних, фізичних та матеріально-ціннісних показників говорить про те, що у неї недостатньо впевненості у собі, наявна самокритичність та побоювання свого сприйняття та ідентичності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ПОСИЛАНЬ

1. Анцыферова Л. И. Психологическое содержание феномена субъект и границы субъектно-деятельностного подхода. Проблема субъекта в психологической науке. Москва: «Акад. проект», 2012. С. 27-42.
2. Балл Г.А. Психологическое содержание личностной свободы: сущность и составляющие. Психологический журнал. Т. 18. № 5. 2007. С. 7-19.
3. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание: пер. с англ. Москва: Прогрес. 2016. 421 с.
4. Бех І. Д. Психологічні джерела виховної майстерності: Навч. Посібник. Київ: Академвидав, Серія «Альма-матер», 2009. 248 с.
5. Білюк О. Г. Формування морально-ціннісних стосунків викладачів і студентів у навчально-виховному процесі: Автореф. дис. ... канд. пед. наук.: 13.00.07. Умань, 2014. 20 с.
6. Бліхар В. С. Філософія: словник: персоналії, категорії, поняття та терміни Львів: ЛьвДУВС, 2010. 227 с.
7. Боришевський М. І. Теоретичні питання самосвідомості особистості. Психологічні особливості самосвідомості підлітка. Київ: Вища школа, 2005. С. 5-38.
8. Боришевський М. Особистість у вимірах самосвідомості: монографія. Суми: вид-во «Еллада», 2014. 608 с.
9. Вітенко І. С., Чабан О. С. Основи загальної і медичної психології. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 344 с.
10. Горячая Т. С. «Сома і психіка», «душа і тіло» в психологічній науці і в християнському богослов'ї. Наука і освіта. 2010. № 8. С. 10-15.
11. Гуменюк О. Психологія Я- концепції. Тернопіль. Економічна думка, 2012. 186 с.
12. Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія): Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. УКПМД. 14 с.

13. Дідковська Л. І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії. Львів: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2010. 264 с.
14. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2021: итоги реализации связанных со здоровьем целей в области устойчивого развития в период пандемии COVID-19 с учетом принципа "никого не оставит без внимания". Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352138>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
15. Жукотанська В. П. Специфіка психосоматичних розладів, їх прояви та характеристика. Вісник студентського наукового товариства Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія «Психологічні науки». Вінниця, 2022. С. 118-122.
16. Жукотанська В. П. Я-концепція особистості та її суб'єктивно-психологічна структура. Матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я». Київ, 2022. С. 72-74.
17. Завацька Н. Є., Плужник Я. А. Організаційно-управлінські стреси: соціально-психологічний аспект. Луганськ: Ноулідж, 2014. 227 с.
18. Зінченко С. В. Роль "Я-концепцій" в особистісному самовизначенні дорослих. Європейський Союз – Україна: освіта дорослих: збірник матеріалів форуму до Міжнародних днів освіти дорослих в Україні. Київ: Ніжин, 2015. С. 131-135.
19. Іванова Н. Л., Румянцева Т. В. Соціальна ідентичність: теорія і практика. С. 126-165
20. Кришталь В. В. Роль и место медицинской психологии в системе медицинской помощи населению. Медицинская психология. 2006. Т.1, №1. С. 3–6.
21. Кришталь В. В. Психосоматическая патология: генез и подходы к коррекции. Международный медицинский журнал. 2001. Т. 7, № 1. С. 37- 40.

22. Кун М., Макпартленда Т. Емпіричні дослідження установок особистості па себе. Сучасна зарубіжна соціальна психологія. Тексти. Москва, 1984. С. 180-188.
23. Максименко С.Д., Шевченко Н.Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Київ, Міланік, 2007. 115 с.
24. Маруненко І. М. Психогенетика: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: ун-т ім. Б. Грінченка, 2015. 294 с.
25. Маруненко І. М., Неведомська Є.О. Біологія людини з основами генетики: посібник. Київ: КМПУ, 2008. 98 с.
26. Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики (пер. с англ.). Санкт-Петербург: Евразия, 1997. 430 с.
27. 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.
28. Напрєєнко О.К. Психіатрія і наркологія: підручник. 3-є вид., випр. Київ: ВСВ «Медицина», 2017. 424 с.
29. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія: Навчальний посібник. Київ : КНТ, 2016. 369 с.
30. Панок В. Г. Титаренко Т. М., Чепелєва Н. В. Основи практичної психології: підруч. 2-ге вид. Київ: Либідь, 2001. 536 с.
31. Перетятко Л. Г. Співвідношення норми та здоров'я у сфері психічної діяльності. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Формування здорового способу життя студентської молоді: реалії та перспективи. Полтава: ПДПУ, 2003. С. 126–127.
32. Погорєлов І. І., Манаєнкова О. Д. Психіатрія і наркологія: підручник . 2-ге вид. Київ: ВСВ «Медицина», 2018. – 157 с.
33. Психосоматичні захворювання: причини і лікування у дорослих. С.В.О. Інформаційний портал здоров'я і харчування. URL: <https://cbo.org.ua/psixosomaticzni-zaxvoryuvannya-prichini-i-likuvannya-u-doroslix/>
34. Рєпіна Н. В., Воронцов Д. В., Юматова І. І. Основи клінічної психології. Фенікс, 2003. 480 с.
35. Романова Е. С, Потьомкіна С. Ф. Графічні методи в психологічній діагностиці. Дидакт, 1992. 375 с.
36. Райх В. Функции Организма. Москва. Университет. 2007. 205 с.
37. Ромек В. Г. Поведенческая психотерапия: учебное пособие. Москва, ИЦ «АКАДЕМИЯ». 2012. 192 с.

38. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. Санкт-Петербург: Питер, 2016. 713 с.
39. Румянцева Т. В. Трансформація ідентичності студентів медичного вузу в мінливих соціальних умовах: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Ярославль, 2005. 20 с.
40. Сидоров П. И. Синергетическая концепция формирования психосоматических заболеваний. Социальная и клиническая психиатрия. Т. 17. Вып. 3. М., 2007. 112 с.
41. Степанов Ю. М. Психосоматичні аспекти та функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту. Здоров'я України. 2008. № 19/1. С. 32–33.
42. Столин В.В. Самосознание личности, Москва. Издательство МГУ, 2013. 286 с.
43. Тополянский В. Д. Доктор Д. Д. Плетнев URL: <http://www.ihst.ru/projectc/sohist/books/os/305-318.pdf>
44. Фролова Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья: учебн. пособие. Минск. ЕГУ. 2013. 172 с.
45. Харченко Д. М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень: навчальний посібник. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2015. 280 с.
46. Хаустова О.О. Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. Психосоматичний підхід до порушень вегетативної нервової системи у загальній лікарській практиці. Нейроньюс:лектрон. Науч. Журн. 2016. N2 (1). URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2016/2-1/article-1656/>.
47. Хомуленко Т. Б. Основы психосоматики : навч.-метод. Посібник. Харків: Нова Книга, 2009. 120 с.
48. Чабан О. С., Дегтяр В. В., Білоус С. В. Медсестринство в психіатрії. Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. 264 с.
49. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування). Київ: ТОВ "ДСГ Лтд", 2004. 96с.
50. Шелег Л. С. Психологічне забезпечення профілактики психосоматичних розладів працівників органів внутрішніх справ: наук.-практ. посібник. Київ: НАВС, 2015. 131 с.
51. Шестопалова К. Тези лекцій з психосоматики Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, 2021. URL: <http://psychology.univer.kharkov.ua/news2021/NMKDPT2/shestopalova/somat/UK.pdf>.

52. Що потрібно знати про депресію пацієнтам та фахівцям. Шкала депресії Бека - mozok.ua. URL: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2701-shkala-depres-beka>.
53. Augoustinos, M., Walker, I., & Donaghue, N. (2014). Social cognition: An integrated introduction. (3rd ed.) SAGE Publications Ltd. <https://au.sagepub.com/en-gb/oce/social-cognition/book237533#preview>
54. Beck A. T. et al. An Inventory for Measuring Depression. Archives of general psychiatry. 1961. T. 4. №. 6. p. 561-571
55. Berns R. Self-concept development and education, London. Holt, Rinehart and Winston, 1982. 441 p.
56. James W. The Principles of Psychology, Vol.1 Paperback June 1, 1950. 720 p.
57. 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>
58. Holmes T.H., Rahe R. H. The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research. № 2. 1967. P. 213-218
59. Persaud R. Patients do not demand and doctors do not misunderstand - how medically unexplained symptoms become medicalized. Psychosom.Med. 2006. V. 68 (6). P. 993-997.
60. Rief, W., Hiller, W. Somatoforme Störungen – Körperliche Symptome ohne organische Ursachen. Bern: Huber, 1992.
61. Shorter E. Hysteria and catatonia as motor disorders in historical context. Hist. Psychiatry. V. 17 (68). 2016. P. 461-478.
62. Uexküll, Thure von (ed.), Psychosomatic Medicine. München: Urban & Schwarzenberg. 1997.
63. Van Hecke, O. Chronic pain, depression and cardiovascular disease linked through a shared genetic predisposition: Analysis of a family-based cohort and twin studi. PLoS ONE. 2017. Vol. 12(2). P. 0170653. URL: [10.1371/journal.pone.01700653](https://doi.org/10.1371/journal.pone.01700653)

ДОДАТКИ

Додаток А

Тест Куна

Тест «Кто я?»

(М. Кун, Т. Макпартленд; модификация Т. В. Румянцевой)

Назначение теста

Тест используется для изучения содержательных характеристик идентичности личности. Вопрос «Кто Я?» напрямую связан с характеристиками собственного восприятия человеком самого себя, то есть с его образом «Я» или Я-концепцией.

Инструкция к тесту: «В течение 12 минут вам необходимо дать как можно больше ответов на один вопрос, относящийся к вам самим: «Кто Я?». Постарайтесь дать как можно больше ответов. Каждый новый ответ начинайте с новой строки (оставляя некоторое место от левого края листа). Вы можете отвечать так, как вам хочется, фиксировать все ответы, которые приходят к вам в голову, поскольку в этом задании нет правильных или неправильных ответов.

Также важно замечать, какие эмоциональные реакции возникают у вас в ходе выполнения данного задания, насколько трудно или легко вам было отвечать на данный вопрос».

Когда клиент заканчивает отвечать, его просят произвести первый этап обработки результатов – количественный: «Пронумеруйте все сделанные вами отдельные ответы-характеристики. Слева от каждого ответа поставьте его порядковый номер. Теперь каждую свою отдельную характеристику оцените по четырехзначной системе: «+» – знак «плюс» ставится, если в целом вам лично данная характеристика нравится; «-»- знак «минус»- если в целом вам лично данная характеристика не нравится; «±» – знак «плюс-минус» – если данная характеристика вам и нравится, и не нравится одновременно; «?» – знак «вопроса» – если вы не знаете на данный момент времени, как вы точно относитесь к характеристике, у вас нет пока определенной оценки рассматриваемого ответа.

Знак своей оценки необходимо ставить слева от номера характеристики. У вас могут быть оценки как всех видов знаков, так и только одного знака или двух-трех.

После того как вами будут оценены все характеристики, подведите итог: сколько всего получилось ответов, сколько ответов каждого знака».

Интерпретация результатов теста Как анализировать самооценку идентичности?

Самооценка представляет собой эмоционально-оценочную составляющую Я-концепции. Самооценка отражает отношение к себе в целом или к отдельным сторонам своей личности и деятельности. Самооценка может быть адекватной и неадекватной. Адекватность самооценивания выражает степень соответствия представлений человека о себе объективным основаниям этих представлений. Уровень самооценки выражает степень реальных, идеальных или желаемых представлений о себе.

Самооценка идентичности определяется в результате соотношения количества оценок «+» и «-», которые получились при оценивании каждого своего ответа испытуемым (клиентом) на этапе количественной обработки.

Самооценка считается адекватной, если соотношение положительно оцениваемых качеств к отрицательно оцениваемым («+» к «-») составляет 65–80% на 35–20%.

Адекватная самооценка состоит в способности реалистично осознавать и оценивать как свои достоинства, так и недостатки, за ней стоит позитивное отношение к себе, самоуважение, принятие себя, ощущение собственной полноценности. Также адекватная самооценка выражается в том, что человек ставит перед собой реально достижимые и соответствующие собственным возможностям цели и задачи, способен брать на себя ответственность за свои неудачи и успехи, уверен в себе, способен к жизненной самореализации.

Уверенность в себе позволяет человеку регулировать уровень притязаний и правильно оценивать собственные возможности применительно к различным жизненным ситуациям. Человек с адекватной самооценкой свободно и непринужденно ведет себя среди людей, умеет строить отношения с другими, удовлетворен собой и окружающими. Адекватная самооценка является необходимым условием формирования уверенного полоролевого поведения. Различают неадекватную завышенную самооценку – переоценку себя субъектом и неадекватную заниженную самооценку – недооценку себя субъектом.

Неадекватная самооценка свидетельствует о нереалистичной оценке человеком самого себя, снижении критичности по отношению к своим действиям, словам, при этом часто мнение о себе у человека расходится с мнением о нем окружающих. Самооценка считается неадекватно завышенной, если количество положительно оцениваемых качеств по отношению к отрицательно оцениваемым («+» к «-») составляет 85–100%, то есть человек отмечает, что у него или нет недостатков, или их число достигает 15% (от общего числа «+» и «-»).

Люди с завышенной самооценкой, с одной стороны, гипертрофированно оценивают свои достоинства: переоценивают и приписывают их, с другой

стороны, недооценивают и исключают у себя недостатки. Они ставят перед собой более высокие цели, чем те, которых могут реально достигнуть, у них высокий уровень притязаний, не соответствующий их реальным возможностям.

Человек с завышенной самооценкой характеризуется также неспособностью принимать на себя ответственность за свои неудачи, отличается высокомерным отношением к людям, конфликтностью, постоянной неудовлетворенностью своими достижениями, эгоцентризмом. Неадекватная самооценка своих возможностей и завышенный уровень притязаний обуславливают чрезмерную самоуверенность.

Самооценка считается неадекватно заниженной, если количество отрицательно оцениваемых качеств по отношению к положительно оцениваемым («-» к «+») составляет 50–100%, то есть человек отмечает, что у него или нет достоинств, или их число достигает 50% (от общего числа «+» и «-»).

Люди с заниженной самооценкой обычно ставят перед собой более низкие цели, чем те, которых могут достигнуть, преувеличивая значение неудач. Ведь низкая самооценка предполагает неприятие себя, самоотрицание, негативное отношение к своей личности, которые обусловлены недооценкой своих успехов и достоинств.

При заниженной самооценке человек характеризуется другой крайностью, противоположной самоуверенности, – чрезмерной неуверенностью в себе. Неуверенность, часто объективно не обоснованная, является устойчивым качеством личности и ведет к формированию у человека таких черт, как смирение, пассивность, «комплекс неполноценности».

Самооценка является неустойчивой, если число положительно оцениваемых качеств по отношению к отрицательно оцениваемым («+» к «-») составляет 50–55%. Такое соотношение, как правило, не может длиться долго, является неустойчивым, дискомфортным.

Методика «Визначення рівня своєї самооцінки»**(розроблена Г.М. Казанцевою)**

Методика пропонує певну кількість тверджень, навпроти яких ставиться один з трьох варіантів відповідей: «так» (+), «ні» (-), «не знаю» (?), які відповідають власній поведінці в аналогічній ситуації.

Бланк запитань

1. Звичайно я розраховую на успіх у своїх справах.
2. Більшу частину часу я знаходжуся у пригніченому стані.
3. Більшість ровесників зі мною радяться.
4. У мене не має невпевненості в собі.
5. Я настільки ж здібний і винахідливий як більшість оточуючих людей.
6. Часом я почуваю себе нікому не потрібним.
7. Я все роблю добре (будь-яку справу).
8. Мені здається, що я нічого не досягну в майбутньому.
9. У будь-якій справі я вважаю себе правим.
10. Я роблю багато такого, про що потім жалкую.
11. Коли я дізнаюся про успіхи кого-небудь, кого я знаю, то сприймаю це як власну поразку.
12. Мені здається, що всі навколо дивляться на мене з осудом.
13. Мене мало турбують можливі невдачі.
14. Мені здається, що успішному виконанню доручень чи справ мені заважають перешкоди, яких мені не подолати.
15. Я рідко жалкую про те, що вже зробив.
16. Оточуючі мене люди більш привабливі, ніж я.
17. Я думаю, що я постійно комусь необхідний.
18. Мені здається, що я навчаюся гірше за інших.
19. Мені частіше щастить, ніж не щастить.
20. У житті я завжди чогось боюся.

Підрахунок результатів.

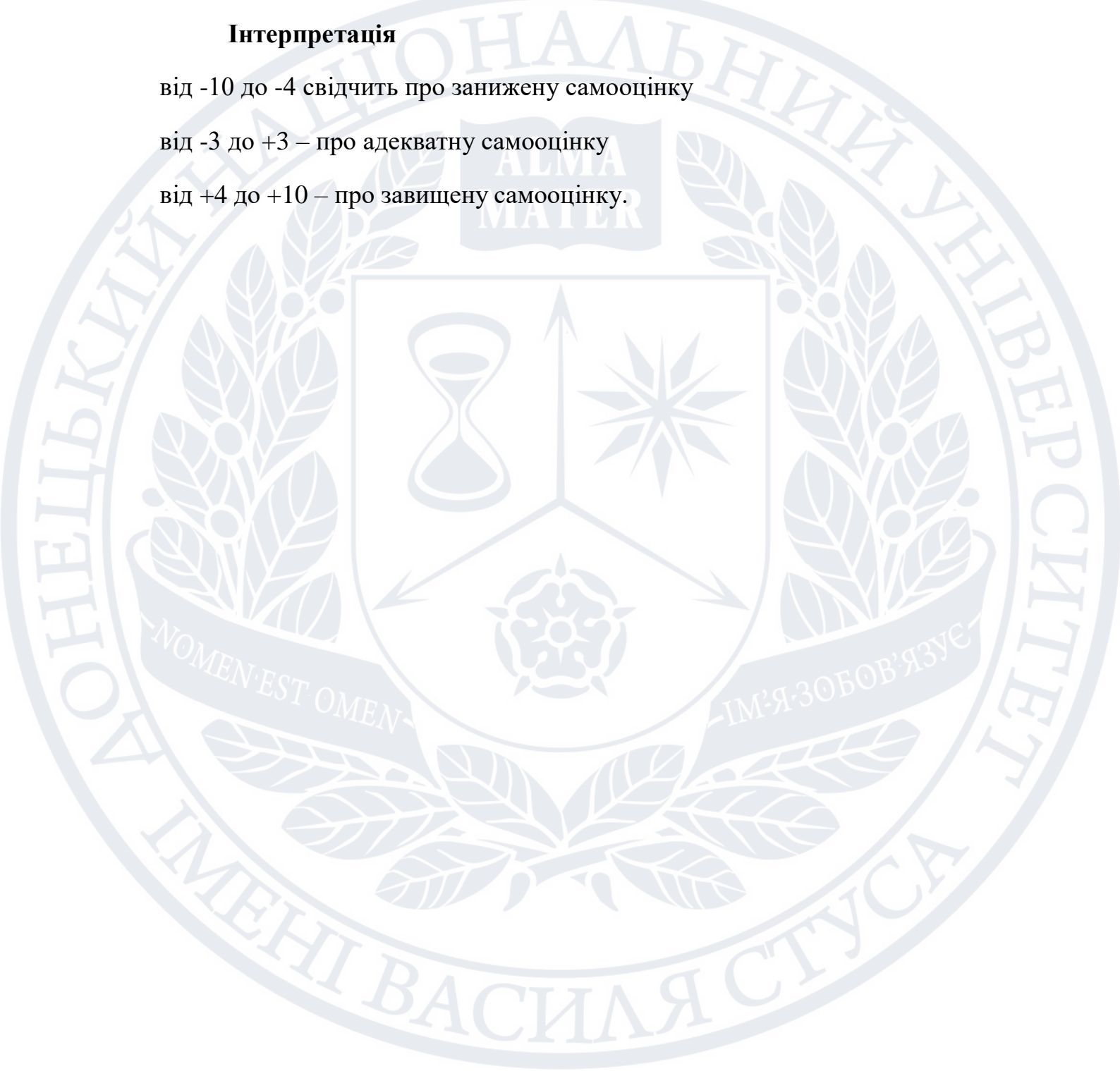
Підраховується кількість позитивних відповідей (+), спочатку за непарними номерами, а потім за парними. Від першого результату віднімається другий. Кінцевий результат знаходиться в інтервалі від -10 до +10.

Інтерпретація

від -10 до -4 свідчить про занижену самооцінку

від -3 до +3 – про адекватну самооцінку

від +4 до +10 – про завищену самооцінку.



«Самоопитувальник стану здоров'я пацієнта PHQ 9 »**1. Зниження інтересу або відчуття задоволення від виконання справ**

- ☐ ніколи
- ☐ декілька днів
- ☐ більшу половину часу
- ☐ майже щодня

2. Поганий настрій, відчуття пригнічення або безнадії

- ☐ ніколи
- ☐ декілька днів
- ☐ більшу половину часу
- ☐ майже щодня

3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість

- ☐ ніколи
- ☐ декілька днів
- ☐ більшу половину часу
- ☐ майже щодня

4. Відчуття втоми або зниження енергії

- ☐ ніколи
- ☐ декілька днів
- ☐ більшу половину часу
- ☐ майже щодня

5. Поганий апетит або переїдання

- ☐ ніколи
- ☐ декілька днів
- ☐ більшу половину часу
- ☐ майже щодня

6. Негативне відчуття щодо себе: або Ви почувалися невдахою, або ж розчаровувались у собі, або думали, що підвели родину

- ☐ ніколи
- ☐ декілька днів
- ☐ більшу половину часу
- ☐ майже щодня

7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, при читанні або перегляді телепередач

- ☐ ніколи
- ☐ декілька днів
- ☐ більшу половину часу

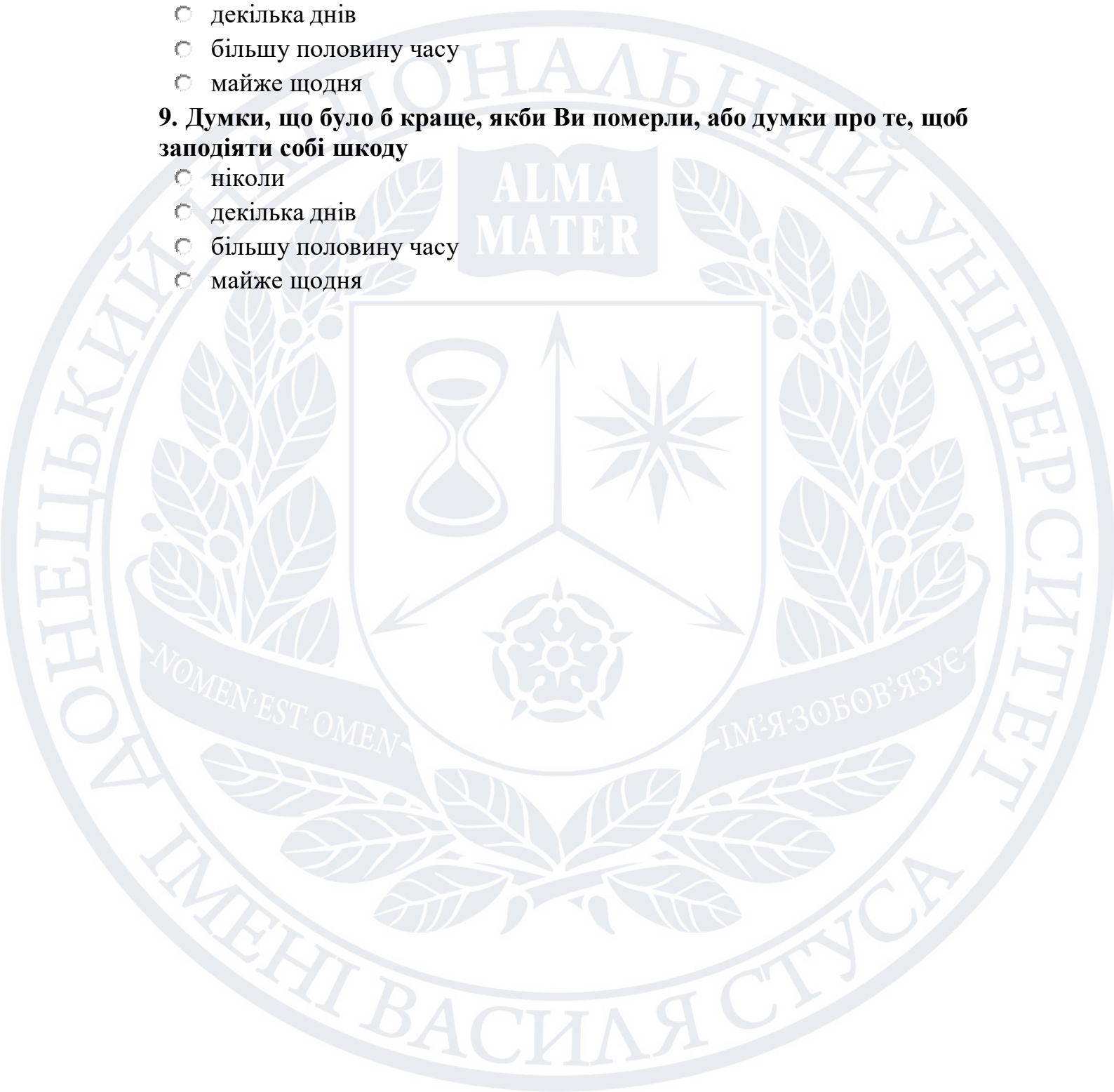
- ☐ майже щодня

8. Сповільненість рухів і мовлення, яку помічають оточуючі. Або, навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість і активність

- ☐ ніколи
- ☐ декілька днів
- ☐ більшу половину часу
- ☐ майже щодня

9. Думки, що було б краще, якби Ви померли, або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду

- ☐ ніколи
- ☐ декілька днів
- ☐ більшу половину часу
- ☐ майже щодня



Гіссенський опитувальник соматичних скарг

Гіссенський опитувальник соматичних скарг виявляє інтенсивність емоційно забарвлених скарг з приводу стану фізичного здоров'я, яка високо корелює з маскованою депресією. Для правильної інтерпретації необхідно з'ясувати, чи немає у обстежуваного встановлених соматичних захворювань з підтвердженими діагнозами.

Опитувальник має 5 шкал:

Е: Виснаження.

М: Шлункові скарги.

Г: Ревматичний чинник.

Н: Серцеві скарги.

Загальний бал.

Бланк опитувальника

Інструкція: Поставте після кожного пункту опитувальника цифру, що відповідає вашому звичайному стану:

0 — не турбує ніколи;

1 — турбує дуже рідко;

2 — часом турбує;

3 — часто турбує;

4 — турбує майже постійно.

Чи турбують вас:

Е	Г
Відчуття слабкості	Болі в суглобах і кінцівках
Підвищена сонливість	Болі в поясниці або спині
Швидка виснажуваність	Болі в ший, потилиці або плечових суглобах
Втома	
Відчуття оглушеності	Головні болі
Млявість	Відчуття важкості

	або втоми в ногах
	Відчуття тиску в голові
М	Н
Відчуття переповнення в шлунку	Серцебиття, перебої в серці
Блювота	Запаморочення
Нудота	Відчуття грудки в горлі
Відрижка	Важкість в грудях
Печія	Напади задухи
Болі в шлунку	Серцеві напади

Оцінка результатів

Е: Виснаження. Характеризує суб'єктивне уявлення людини про наявність/втрату життєвої енергії і потребу в допомозі. Корелює з депресивним станом, алекситимією.

М: Шлункові скарги. Шкала відображає вираженість психосоматичних шлункових нездужань (епігастральний синдром).

Г: Ревматичний чинник. Шкала виражає суб'єктивні страждання людини, що носять алгічний або спастичний характер.

Н: Серцеві скарги. Зазвичай, у здорових обстежуваних серцеві скарги найбільш необґрунтовані. Високий бал за шкалою свідчить про приписування собі неіснуючих симптомів з метою привернути увагу або звернутися по допомогу.

Загальний бал: Загальний бал показує інтенсивність соматичних скарг. Добре корелює з депресією, алекситимією, особистісною тривожністю.

Нормативів для окремих шкал не передбачено. Оцінюється загальний бал виходячи з того, що при максимально можливій сумі в 100 балів серед здорових людей 50% має менше 14 балів, 75% — менше 20, 100% — менше 40 балів.

Шкала депресії Бека

1. ☐ Я не сумую

☐ Мені погано і сумно

☐ Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою вдіяти

☐ Мені так погано і сумно, що я не в змозі більше терпіти

2. ☐ Майбутнє не лякає мене

☐ Я боюся майбутнього

☐ Нічого хорошого в майбутньому мене не чекає

☐ Моє майбутнє безпросвітне

3. ☐ Я не відчуваю себе невдахою

☐ У моєму житті невдач і провалів було більше, ніж у будь-кого іншого

☐ Коли я оглядаюся на своє життя, я бачу в ньому багато невдач

☐ Я відчуваю, що я - цілковитий невдаха

4. ☐ Я цілком задоволений своїм життям

☐ Я не так задоволений життям, як раніше

☐ Я не можу отримувати задоволення від життя

☐ Мене не задовольняє абсолютно все

5. ☐ Я не відчуваю себе винуватим
-
- ☐ Може, я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо
- ☐ Більшість часу я відчуваю себе винуватим
- ☐ Я постійно відчуваю провину
-
6. ☐ Я задоволений собою
-
- ☐ Іноді я відчуваю себе нестерпним
- ☐ Я постійно відчуваю власну неповноцінність
- ☐ Я абсолютно нікчемна людина
-
7. ☐ Я не відчуваю, що заслужив покарання
-
- ☐ Я зробив щось варте осуду, і готовий до покарання
- ☐ Я знаю, що заслуговую на суворе покарання
- ☐ Я відчуваю себе вже покараним життям
-
8. ☐ Я знаю, що я не гірший за інших
-
- ☐ Іноді я роблю помилки, за які потім себе критикую
- ☐ Я увесь час звинувачую себе у своїх прорахунках
- ☐ Я відчуваю себе винуватим у всіх бідах
-
9. ☐ Я ніколи не розчаровувався в собі
-
- ☐ Я часто відчуваю розчарування в собі
-

- ☐ Я не люблю себе
 - ☐ Я себе ненавиджу
-
10. ☐ Я ніколи не думав про самогубство
-
- ☐ Іноді мені спадає на думку самогубство, але я не буду цього робити
 - ☐ Я хотів би накласти на себе руки
 - ☐ Я вб'ю себе, як тільки трапиться нагода
-
11. ☐ Я ніколи не плачу
-
- ☐ Іноді мені хочеться плакати
 - ☐ Я плачу майже постійно
 - ☐ Раніше я плакав, а тепер не можу, навіть якщо дуже хочеться
-
12. ☐ Я спокійний
-
- ☐ Мене легко роздратувати
 - ☐ Я постійно відчуваю роздратування
 - ☐ Мені все байдуже, навіть те, що раніше дратувало мене
-
13. ☐ Я легко приймаю рішення
-
- ☐ Буває, що я відкладаю прийняття рішення на потім
 - ☐ Мені важко приймати рішення
 - ☐ Я взагалі не можу нічого вирішувати
-
14. ☐ Я маю вигляд, як зазвичай
-

- ☐ Я маю вигляд гірший, ніж зазвичай
 - ☐ Я почав виглядати набагато гірше, ніж зазвичай
 - ☐ Я огидний
-
15. ☐ Я можу працювати так само добре, як і раніше
-
- ☐ Мені доводиться робити зусилля, щоб змусити себе працювати
- ☐ Я насилу можу виконувати звичайну роботу
- ☐ Я взагалі не можу виконувати ніякої роботи
-
16. ☐ Я сплю так само добре, як раніше
-
- ☐ Я почав гірше спати і прокидаюся втомленим
- ☐ Я рано прокидаюся і відчуваю, що не виспався
- ☐ Я прокидаюся кілька разів за ніч і більше не можу заснути
-
17. ☐ Я втомлююся не більше, ніж зазвичай
-
- ☐ Тепер я втомлююся більше, ніж завжди
- ☐ Майже все викликає в мене втому
- ☐ Я взагалі нічого не можу робити через втому
-
18. ☐ У мене хороший апетит
-
- ☐ Мій апетит гірший, ніж раніше
- ☐ Мій апетит набагато гірший, ніж раніше
- ☐ У мене взагалі немає апетиту
-

19. ☐ Мені легко спілкуватися з людьми

- ☐ Мені доводиться змушувати себе спілкуватися з людьми
 - ☐ Мені дуже важко спілкуватися з людьми
 - ☐ Я абсолютно не спілкуюся з людьми
-

20. ☐ Я відчуваю себе цілком здоровим

- ☐ Мене турбують проблеми, пов'язані з моїм здоров'ям (запор, пронос, біль і т.п.)
 - ☐ Я постійно думаю про проблеми, пов'язані з моїм здоров'ям
 - ☐ Я вважаю, що моє здоров'я безнадійно підірване
-

21. ☐ Мій сексуальний потяг зберігся на колишньому рівні

- ☐ Мій сексуальний потяг знизився
 - ☐ Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу
 - ☐ Секс мене абсолютно не цікавить
-

Тренінг: «Підвищення самооцінки та психологічної рівноваги в осіб з психосоматичними розладами»

Актуальність: Самооцінка визначає взаємини людини з її оточенням, її критичність, вимогливість до себе, відношення до успіхів і невдач. Тим самим самооцінка впливає на ефективність діяльності людини і розвиток її особи. Самооцінка тісно пов'язана з рівнем намагань, цілей, які людина перед собою ставить.

Невпевненість і низька самооцінка – це дуже глибока підсвідома звичка, яка у нас вироблялася і на жаль закріплювалася десятки років. А потім через негативний досвід і стрес буквально «бетонувала» в підсвідомості. Нами керує підсвідомість і звички – міняти потрібно в першу чергу їх.

Роботу над змінами потрібно проводити на двох рівнях – на свідомому і підсвідомому рівнях. На свідомому рівні, наприклад, за допомогою самонавіювання, виходить швидкий ефект, але короткий і доводиться постійно робити вправи самонавіювання або інші. Тільки на підсвідомому рівні можна виробляти глибокі зміни і закріпити результат на завжди.

Цільова аудиторія: особи з психосоматичними розладами різних соціальних статусів

Мета тренінгу: пізнання та сприйняття себе и свого «Я», формування впевненості в собі, набуття нових способів формування стресостійкості особистості та навички сприймати думки людей та оточуючий світ, без школи для своєї самооцінки та свого здоров'я .

Завдання тренінгу:

1. Формування уявлення про сутність самооцінки та психологічної рівноваги. Які чинники впливають на них.
2. Формування навичок учасників групи відслідковувати вплив негативних чинників які в більшій мірі пануючого впливають на їх самооцінку та сприйняття .
3. Навчання учасників тренінгу методам самодопомоги та самоконтролю, які можуть бути використані при необхідності (коли вони відчують себе пригніченими через певні подразники).

Вид тренінгу: психокорекційний тренінг, навчаючий тренінг.

Число учасників групи: до 20.

За формою роботи: групова.

За тривалістю: групова - 16 днів по 4 години

ЗМІСТ ПРОГРАМИ

Блок 1: (розраховано на три дні)

День 1.

Мета: формування поглядів на проблему самооцінки та її підвищення в сучасному світі, встановлення довірчих відносин та дружньої атмосфери.

Ціль: Знайомство учасників групи; навчання учасникам працювати за умов тренінгу; виготовлення та прийняття правил роботи у групі; виділення власних психосоматичних захворювань та знайомство з ними.

1.

Представлення

Тренер представляється учасникам тренінгу, знайомить із темою, повідомляє про структуру та режим роботи.

Вступна частина : 10 хв. Великий вплив на всі аспекти життєдіяльності та поведінку людини, має така якість особистості як самооцінка. Самооцінка – оцінка себе, своєї діяльності, свого становища в певній групі чи організації та в колі друзів, а також ставлення до оточуючих і не менш важливим є критичне ставлення до своїх здібностей і можливостей. Термін „самооцінка” прирівнюють до терміну „самоповага”. Самооцінка показує, як людина оцінює себе щодо окремої властивості, а самоповага – загальна оцінка. Самооцінка формується з дитинства у процесі спілкування за такими етапами:

- Увага збоку дорослих,
- Співробітництво з ними,
- Відчуття поваги з їхнього боку,
- Взаєморозуміння.
- Взаємостосунки дитини з батьками на кожному з етапів самооцінки, залежатимуть від її ставлення до себе.

Якщо батьки невинувато підкреслюватимуть реальні та вигадані досягнення дитини, то це стане причиною формування в неї завищеної самооцінки та рівня домагань. І навпаки, недовіра батьків до можливостей дитини категорично придушить норму дитячого негативізму, можуть призвести до виникнення у дитини відчуття своєї слабкості, неповноцінності і заниженої самооцінки. Формування самооцінки триває в шкільні роки:

- Конкретні оцінки вчителів і оточення,
- Успіхи в навчанні, мають сприяти формуванню адекватної самооцінки.

До рівнів самооцінки (самоповаги) відносять:

- Високий – те що людина не вважає себе гіршою від інших і позитивно ставиться до себе.
- Низький – неповага до себе та до оточуючих.
- Середній (нормальний) – адекватна думка про себе.

Обговорення правил тренінгу: — 10 хв.

Правила тренінгу:

1. Вмійте слухати один одного - це означає необхідність дивитися на того, хто говорить, і не перебивати його. Коли хтось закінчує говорити, наступний, хто бере слово, може коротко повторити те, що було сказано попереднім, перш ніж приступити до викладу своїх думок. Коли хтось виступає, всі інші мовчать.
2. Говоріть по суті - іноді учасники відхиляються від теми, що обговорюється. Замість того, щоб смикати учасника, керівник дискусії в цьому випадку може сказати: «Я не зовсім розумію, як це пов'язано з нашою темою. Чи не могли б ви пояснити, що мається на увазі?»
3. Виявляйте повагу - відкритість у висловлюваннях з'являється лише тоді, коли учасники зрозуміють, що можна не погоджуватися з чиеюсь думкою, але неприпустимо висловлювати оцінки щодо інших лише на підставі висловлених ними думок. Дотримуватися безпеки сприяє дотримання правил: не критикуй, не засуджуй, не перебивай; зворотний зв'язок має даватися лише у доброзичливій манері.
4. Закон «нуль-нуль» (про пунктуальність) – всі учасники повинні збиратися до встановленого часу.
5. Конфіденційність - те, що відбувається на занятті, залишається між учасниками.
6. Правило «стоп» – якщо обговорення якогось особистого досвіду.
7. Правило мобільного телефону – їх необхідно вимкнути або поставити на беззвучний режим.

Питання для обговорення:

- Якою мірою діючі в групі правила зрозумілі учасникам?
- Наскільки широкий спектр негласних норм?
- Які з них корисні, а які обтяжливі?
- Чи є додаткові правила роботи в нашій групі?

Вправа-знайомство – 40 хв.

ВПРАВА «ЯК МИ СХОЖІ!»

Мета впровадження: Вправа допомагає учасникам краще пізнати один одного, а також дозволяє обговорити питання, пов'язані зі встановленням контакту зі співрозмовником, покупцем, клієнтом тощо.

Ресурси: папір, олівці, призи.

Час: 30 хвилин.

Хід проведення:

1. Тренер просить групу розбитися на пари й пояснює, як буде проходити вправа.
2. Кожна пара повинна якомога швидше знайти й записати 10 характеристик, вірних для них обох. Не можна писати загальнолюдські відомості, такі як «у мене дві ноги». Можна вказати, наприклад, рік народження, місце навчання, хобі, сімейний стан тощо.

3. Після того як 10 характеристик записані, кожен член групи обирає іншого партнера й повторює те ж саме з ним.
4. Той, хто швидше за всіх знайде 10 якостей, які об'єднують його з п'ятьма іншими учасниками, отримує приз.

Запитання для обговорення: спільні риси дійсно можна знайти будь із ким (клієнтом, партнером, колегою тощо)?

ВПРАВА «ІНТЕРВ'Ю» - 30 хв.

Мета впровадження: познайомитися, зав'язати контакти

Ресурси: папір, ручки, маркери

Час: 30 хв на пару для інтерв'ю, 2–3хвилини на презентацію кожної людини

Хід проведення:

1. Учасники розподіляються на пари.
2. Вони малюють на папері обриси руки або тіла партнера й заповнюють відповідями на питання інтерв'ю: ім'я, вік, брати й сестри, робота, заняття, хобі, щось особисте, очікування від семінару.
3. Кожен представляє учасникам свого партнера з допомогою аркуша з відповідями.

День 2

Міні-лекція «Визначення поняття психосоматика»

Мета: ознайомити із поняттям психосоматика. Час: 50 хвилин.

Психосоматика це тілесне відображення психічного життя людини, включаючи як тілесне прояв емоцій, так і «дзеркало» інших підсвідомих процесів, тілесний канал свідомо-підсвідомої комунікації. У цьому контексті тіло представляється як свого роду екран, який проектується символічні послання підсвідомості. Екран, у якому все «таємне» (підсвідоме) стає «явним» (свідомим) чи, по крайнього заходу, отримує потенційну можливість стати таким. Екран у якому психологічні проблеми людини, його внутрішні, свідомо-підсвідомі конфлікти знаходять свій відбиток у безумовно-обов'язковому порядку.

Інакше кажучи, взаємозв'язок тіла та психіки завжди є двостороннім. Як усі соматичні розлади мають своє психологічне «коріння», так і будь-які психологічні проблеми завжди приносять психосоматичні «плоди». Відмінність лише тому, яка саме сторона внутріпсихического конфлікту - психічна чи соматична - виходить першому плані, яка їх має більше виражені зовнішні прояви. Зменшення інтенсивності тілесних симптомів може бути досягнуто шляхом пошуку психологічних причин, що їх породили. Через тілесні прояви психологічних проблем можна прямим шляхом, минаючи лабіринти логіки, дійти глибин душі людини, розгадати символічні «загадки» підсвідомості, дістатися прихованого у яких змісту.

**Тест з психології на самооцінку. Тест-опитувальник «Визначення рівня самооцінки»
С.В.Ковалёв – 50 хв.**

Методика Експрес діагностики рівня самооцінки особистості застосовується для швидкої оцінки своїх можливостей. Як ні парадоксально, але людина така, яким він сам себе представляє, відчуває і створює (див. Рис. №1). На основі існуючої самооцінки людина щоденно робить вибір як себе вести, самооцінка забезпечує відносну стабільність особистості і може бути поштовхом до розвитку особистості. Вірна самооцінка підтримує гідність людини і дає йому моральне задоволення. Адекватне або неадекватне ставлення до себе веде або до гармонійності духу, що забезпечує розумну впевненість в собі, або до постійного внутрішнього і / або міжособистісного конфлікту.

Самооцінка в психології це уявлення людини про важливість своєї особистої діяльності в суспільстві і оцінки себе і власних якостей і почуттів, достоїнств і недоліків, вираз їх відкрито чи закрито. В якості основного критерію оцінки виступає система особистісних смислів людини.

Тест Експрес діагностика рівня самооцінки особистості (Методика діагностики самооцінки) – 40 хв.

Інструкція.

Відповідаючи на питання, вкажіть, наскільки часті для вас перелічені нижче стани: дуже часто, часто, іноді, рідко, ніколи. Опитувальник методики експрес діагностики самооцінки.

1. Мені хочеться, щоб мої друзі підбадьорювали мене.
2. Я відчуваю свою відповідальність по роботі.
3. Я турбуюся про своє майбутнє.
4. Багато мене ненавидять.
5. Я володію меншою ініціативою, ніж інші.
6. Я турбуюся за свій психічний стан.
7. Я боюся виглядати дурнем.
8. Зовнішній вигляд інших куди краще, ніж мій.
9. Я боюся виступати з промовою перед незнайомими людьми.
10. Я допускаю помилки у своєму житті.
11. Як шкода, що я не вмію говорити як слід з людьми.
12. Як шкода, що мені не вистачає впевненості в собі.
13. Мені б хотілося, щоб мої дії схвалювалися іншими.
14. Я занадто скромний.
15. Моє життя марна.
16. Багато неправильного думки про мене.
18. Люди чекають від мене дуже багато чого.
19. Люди не особливо цікавляться моїми досягненнями.
20. Я часто ніяковію.

21. Я відчуваю, що багато людей не розуміють мене.
23. Я часто хвилююсь і даремно.
24. Я відчуваю себе ніяково, коли вхожу в кімнату, де вже сидять люди.
25. Я відчуваю себе скутим.
26. Я відчуваю, що люди говорять про мене за моєю спиною.
27. Я впевнений, що люди все в житті приймають легше, ніж я.
28. Мені здається, що зі мною має трапитись якась неприємність.
29. Мене хвилює думка про те, як люди ставляться до мене.
30. Як шкода, що я не так товариський.
31. У суперечках я висловлююся лише тоді, коли впевнений у своїй правоті.
32. Я думаю про те, чого чекає від мене громадськість.

Ключ до тесту, обробка та інтерпретація результатів.

Щоб визначити рівень своєї самооцінки, потрібно скласти всі бали за твердженнями за наступною шкалою:

- Дуже часто - 4 бали
- Часто - 3 бали
- Іноді - 2 бали
- Рідко - 1 бал
- Ніколи - 0 балів

А тепер підрахуйте, який загальний сумарний бал по всіх 32 судженням.

Рівні самооцінки:

Сума балів від 0 до 25 говорить про високому рівні самооцінки, При якому людина правильно реагує на зауваження інших і рідко сумнівається у своїх діях.

Сума балів від 26 до 45 свідчить про середньому рівні самооцінки, При якому людина лише час від часу намагається приладитися під думки інших.

Сума балів від 46 до 128 вказує на низький рівень самооцінки, При якому людина болісно переносить критичні зауваження на свою адресу, намагається завжди зважати на чужими думками і вважає себе гірше інших.

Обговорення. Як правило, більше аргументів знаходить перша підгрупа. У цьому випадку тренеру треба сказати про те, що незважаючи на велику кількість негативних наслідків, які назвали учасники першої підгрупи, ці наслідки викликаються саме сильними, травматичними або хронічними стресами, подіями які негативно впливали на дітей ще в ранньому дитинстві, та ті всі аспекти нав'язані суспільством. На щастя, це все можна подолати, та вирішити за допомогою таких тренінгів чи відвідування психолога, людини спеціаліста, яка може допомогти виявити причину знецінення себе.

День 3**Привітання – 10 хв.****ВПРАВА “МІФИ ТА РЕАЛЬНІСТЬ”**

Мета впровадження: занурення в тему (проблему)

Ресурси: ватман, маркери

Час: 45 хвилин.

Хід проведення: На ватмані потрібно накреслити дві колонки – міфи і реальність.

Тренер надає роздатковий матеріал з теми або зачитує правдиві і неправдиві факти з теми. Учасники, проаналізувавши проблему, повинні вписати в колонки інформацію, що відповідає дійсності і ту, що є хибною. Можна побудувати вправу дещо по-іншому: є проблема. Учасники повинні пригадати якомога більше міфів щодо цієї проблеми і правдиві факти.

Міні- лекція на тему «психологічна рівновага» - 50 хв.

Люди з порушеною психологічною рівновагою позбавлені душевного спокою. Вони часто почувуються пригніченими, нездатні насолоджуватися життям, мати рівноправні стосунки з оточенням. Через невміння спілкуватись і долати труднощі їхнє життя сповнене стресами, фізичними і психічними стражданнями.

Психологічно врівноважені підлітки доброзичливі, впевнені у собі, наполегливі у досягненні мети, не заціклюються на проблемах і негараздах. Їх називають оптимістами. Вони зазвичай дуже популярні серед однолітків, непогано вчаться, мають теплі стосунки з батьками. Їм по-доброму заздять, їх наслідують. Ти можеш запитати, у чому їхній секрет. Таким треба народитися? Не обов'язково, хоча добра спадковість і чудова родина відіграють важливу роль. Та майже кожен може стати таким. Твоє бажання — ось перший крок на шляху до успіху. Другий крок — об'єктивна оцінка рівня твого психічного благополуччя і визначення напрямку, в якому треба працювати над собою.

Ознаки психологічної рівноваги

Виокремлюють такі ознаки психологічної рівноваги: позитивне ставлення до себе; доброзичливе ставлення до інших людей; упевненість у власних силах; уміння розуміти і задовольняти власні потреби, переживати невдачі; керувати стресами.

За допомогою запропонованого тесту маєш змогу приблизно оцінити рівень свого психологічного благополуччя за цими показниками. Для цього дай відверті відповіді на такі запитання:

1. Ставлення до самого себе. Вважаєш себе добрим, гідним поваги (а) чи гадаєш, що значно кращий (б) або гірший (в) за інших?

(а) Це свідчить на твою користь. Психологічно врівноважена людина поважає і любить себе.

(б) Можливо, у тебе завищена самооцінка. Пам'ятай, що кожна людина особлива, гідна любові та поваги, як і ти.

(в) Шкода, що ти недооцінюєш себе. Шануй свою індивідуальність, вважай себе особливим і не переживай, що хтось, як тобі здається, привабливіший чи кмітливіший за тебе.

2. Ставлення до інших людей. Ти симпатизуєш переважній більшості знайомих і сам подобаєшся людям (а) чи подобаєшся лише небагатьом і рідко хто до вподоби тобі (б)?

(а) Психологічно врівноважені люди добре ставляться до себе та інших людей і переконані, що ті відповідатимуть їм взаємністю.

(б) Дуже важливо дбати про добрі стосунки з оточенням. Недоброзичливість до інших часто спричинена тим, що людина не любить і не поважає себе. Тобі слід критично переглянути свою самооцінку, прагнути більше спілкуватись і поліпшувати стосунки.

3. Відчуття господаря свого життя. Ти вважаєш, що твої життєві успіхи і благополуччя залежать переважно від тебе, твоїх талантів і зусиль (а), чи віриш у долю, вирішальну роль обставин і тому волієш «пливти за течією», не намагаючись змінити ситуацію на краще (б)?

(а) Це свідчить про твою активність, упевненість і незалежність. Ти тримаєш у руках кермо своєї долі.

(б) Тобі треба бути активнішим. Психологічно врівноважена людина — достатньо незалежна. Вона сама планує своє життя і не боїться труднощів.

4. Уміння задовольняти власні потреби. Коли виникають якісь бажання й потреби, ти прагнеш зрозуміти і задовольнити їх (а) чи поступаєшся, намагаючись догодити іншим людям (б)?

(а) Правильно, але пам'ятай, що інші також мають інтереси і потреби. Тому, відстоюючи свої права, намагайся не утискати права інших.

(б) Той, хто прагне психологічної рівноваги, має навчитися розуміти і по змозі задовольняти власні потреби. Відмова від цього робить людину нещасною навіть за умови матеріального достатку і високого становища в суспільстві.

5. Уміння переживати невдачі. Ти по-філософськи ставишся до невдач і розчарувань (а) чи вони надовго «вибивають тебе з колії» і змушують переживати і страждати (б)?

(а) Це свідчить про твій високий рівень емоційного благополуччя. Людям властиво розчаровуватися з приводу нездійснених бажань. Але ти розумієш, що неможливо завжди отримувати все, чого прагнеш. Зрештою, розчарування, як усе тимчасове, швидко минає.

(б) Іноді бувають сильні розчарування. Однак психологічно врівноважені люди живуть насиченим життям. Вони намагаються активно діяти, а не пасивно страждати чи «топити горе» в алкоголі або наркотиках.

Зараховуй собі 1 бал щоразу, коли обираєш відповідь (а). Якщо за якоюсь ознакою обереш відповідь (б) чи (в), не думай, що це свідчить про психічні негаразди. Уважно прочитай пояснення — знатимеш, в якому напрямі слід працювати над собою.

Загальна кількість балів — це приблизна оцінка рівня твоєї психологічної рівноваги за п'ятибальною шкалою. Якщо прагнеш підвищити цей рівень, розбудовуй самооцінку, вчись керувати стресами (§§ 19—21) і конструктивно розв'язувати конфлікти (§ 22).

Твоя самооцінка

Твоє ставлення до самого себе називають самооцінкою. Самооцінка формується під впливом твого досвіду (успіхів і невдач) і залежить від того, як тебе оцінюють інші люди. Розрізняють самооцінку завищену, занижену і адекватну.

- Підлітки із заниженою самооцінкою:
- легко піддаються впливу однолітків;
- надто переживають з приводу того, що про них подумують;
- поведуться зухвало, щоб замаскувати невпевненість;
- руйнують себе, набуваючи шкідливих звичок;
- заздять і не вміють радіти успіхам друзів.

Здоровою вважають адекватну позитивну самооцінку: людина реально оцінює себе і при цьому вважає себе унікальною, неповторною, вартою любові, поваги і всього найкращого в житті.

На відміну від завищеної самооцінки, яка нечасто буває у підлітків, занижена, навпаки, не рідкість. Її спричиняють речі, якими у дорослому житті не дуже переймаються. Це характерні лише для підліткового віку проблеми із зовнішністю та болісне сприйняття критики з боку дорослих і однолітків.

Отже, почнімо із зовнішності. Упевненість у своїй привабливості дуже важлива, і треба не так уже й багато зусиль, щоб повірити у це самому і переконати інших.

«Я товста... Я низенький... Я довготелесий... У мене страшенно пряме (хвилясте) волосся... Знову прищ... Мої ноги занадто короткі... Ненавиджу свій кирпатий ніс... Чому я не можу бути нормальним? Що зі мною не так?» — ти вже десь таке чув?

А може, сам ще вранці з острахом придивлявся до свого відображення у дзеркалі? Зміни у твоєму організмі відбуваються так швидко, що ти не встигаєш звикнути до них. І щоразу розчаровуєшся: знову не те, на що сподівався. Як же цьому зарадити?

Насамперед пам'ятай: ти не один такий. Усі, часто навіть найпопулярніші підлітки, страждають через свою зовнішність. Кожен знайде в ній якусь ваду. Це тебе втішило? Якщо ні — берися до роботи.

Візьми аркуш паперу і розділи його навпіл. Для початку спробуй розібратися, що тебе не влаштовує. Можливо, розмір взуття, який не можеш змінити. А може, це лише слабкі м'язи, які неважко й «підкачати». У лівій частині аркуша запиши те, що змінити не можна, а в правій — те, що тобі під силу змінити.

Усвідом: те, чого не можна змінити, — це ознака твоєї індивідуальності, яка вирізняє тебе з-поміж інших, робить особливим і неповторним. Також пам'ятай: ти унікальний передусім своїм характером, ставленням до людей, розумом, а не лише зовнішнім виглядом.

Якщо не можеш чогось змінити у своєму тілі, подумай, як вигранно «обіграти» це одягом, зачіскою, косметикою. Нині кожен може вдягатись у те, що йому личить, створювати власний образ, підкреслювати свою індивідуальність.

Критика з боку інших людей — поширена причина порушення психологічної рівноваги і заниженої самооцінки.

Прочитайте давню притчу «Віслюк» 40 хв.

Обговоріть: Чи траплялися подібні ситуації у вашому житті? Як ви тоді вчинили?

Чи правильний висновок зробив цей чоловік?

Блок 2.: (розрахований на 3 дні)

День 1

Мета: навчитися відстежувати ознаки здорової самооцінки та наслідків психологічної рівноваги у себе та інших людей; навчитися нейтралізувати фактори, що спричиняють стрес; здобути навички управління часом.

Міні-лекція «САМОВДОСКОНАЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ У СОЦІАЛЬНОМУ СЕРЕДОВИЩІ» - 45 хв.

Розуміння людини як активного, свідомого суб'єкта усіх виявів власної життєтворчості дає можливість зрозуміти особистість як феномен, що здатний поєднувати в собі суспільне та індивідуальне, цілеспрямовано регулювати їх взаємодію і досягти завдяки цьому бажаних і суттєвих позитивних змін. Найважливішою умовою розвитку процесу самовдосконалення є тісний взаємозв'язок змістових характеристик його цілей з актуальними, життєво важливими потребами особистості, зокрема з її потребою входження в соціум, з потребою самовизначитись і знайти можливість самоствердитись у ньому.

Самовдосконалення особистості включає в себе наступні компоненти: когнітивний, мотиваційний і конативний. Когнітивний компонент – це система засвоєних особистістю на рівні переконань моральних понять, правил, оцінок, норм, цінностей. Мотиваційний – пов'язаний з усвідомленням людиною свого місця в суспільстві, обов'язком і почуттям відповідальності перед ними за свої дії і вчинки, виробленням власної соціальної позиції, оволодінням певною соціальною роллю, знанням соціальних норм. Мотиви санкціонують вибір і реалізацію конкретного напрямку поведінки та діяльності. Конативний компонент – сукупність узагальнених прийомів пізнавальної діяльності, а саме: прийоми оцінного аналізу ситуацій і явищ, а також прийоми вибору способів впливу на ситуацію з метою перетворення її в бажану.

Психологічна наука однакова у розумінні основних питань, пов'язаних з сприйманням і оцінкою особистістю самої себе, у визнанні багатоплановості структури самосвідомості, її процесуальності, постійного розвитку. Процес усвідомлення себе відбувається у єдності когнітивної оцінки своїх можливостей, досягнень і емоційних реакцій, переживань з приводу цієї оцінки, тобто самоставлення. Самоставлення органічно пов'язане з самопізнанням і є його емоційно-особистісною складовою. Оскільки свідомість є знання про оточуючий світ і ставлення до нього, то самопізнання – єдність пізнання себе і ставлення до себе.

Самовдосконалення передбачає наявність у індивіда інформації про самого себе, що складає образ Я. Сучасна психологія розглядає дану проблему в єдності трьох аспектів: ідентичність (самість), «Его» (суб'єктність) і образ «Я». Як зазначає Кон І.С., всі ці аспекти взаємопов'язані і передбачають один одного. Ідентичність психіки, поведінки індивіда неможлива без якоїсь єдиної регулятивної основи, яка в свою чергу вимагає самосвідомості. «Его» як регулятивний механізм передбачає наступність психічної діяльності і наявність інформації про самого себе. Образ «Я» немов добудовує ідентичність і суб'єктність особистості і водночас корегує її поведінку. І далі Кон І.С. продовжує: «При вивченні ідентичності центральне місце посідає питання, від чого залежить єдність і послідовність поведінки та психічних процесів індивіда і яка їх вага в різних контекстах та ситуаціях і на різних етапах його життєвого шляху, тобто об'єктивна діалектика стійкості і мінливості особистості. При вивченні «Его» увага концентрується на процесах і механізмах свідомої регуляції поведінки, на

співвідношенні свідомої внутрішньої мотивації особистості, з одного боку, та впливу зовнішнього середовища і неусвідомлюваних емоційних реакцій з іншого; сила «Я» у даному контексті вимірюється ступенем його свідомої саморегуляції. Нарешті, при вивченні «образу Я» увагу привертають конкретні процеси і механізми самосвідомості, ступінь адекватності самооцінок і динаміка «образу Я», його роль і значення в загальному балансі психічної діяльності особистості».

Сутність цінності Я полягає у здатності людини оволодівати власним внутрішнім світом шляхом його структурування за критерієм значущості і залежності від можливостей середовища, які вона надає для апробації ступеня даної цінності. Самовдосконалюючись, особистість намагається підвищувати рівень домагань в залежності від рівня її реальних досягнень. Самовдосконалення є та цінність, що характеризує життєву спрямованість на досягнення вершин у різних сферах буття. Воно має забезпечувати розв'язання життєвих завдань, а саме: 1) погодження особистісних потреб, здібностей з вимогами діяльності (середовища); 2) побудова життя відповідно до власних цілей і цінностей; 3) постійне прагнення до досконалості через протиріччя. Досконала особистість починає керуватись не власними психічними якостями, а виходячи зі свого ставлення до життя, яке визначається її цінностями та метою.

Отже, процес самовдосконалення – це усвідомлена діяльність людини, що спрямована на розроблення, удосконалення чи зміну власних якостей відповідно до соціальних і індивідуальних цінностей, орієнтацій, інтересів, цілей, що формуються під впливом умов життя і суспільного виховання. В реальній життєдіяльності особистості самосвідомість виявляється у нерозривній єдності своїх окремих внутрішніх процесів – самопізнання, емоційно-ціннісного ставлення до себе і саморегуляції поведінки у найрізноманітніших формах взаємодії людей. Самовдосконалення особистості залежить від її власної активності, яка сприяє самотворенню і самоствердженню цінності Я. Необхідною умовою розвитку даного процесу є тісний взаємозв'язок змістових характеристик його цілей з актуальними цінностями суспільства, які фактично виступають регуляторами міжіндивідуальних взаємин.

Проективна техніка К. Фопеля 30 хв.

За допомогою запропонованої проективної техніки можна виявити уявлення учасників про задоволеність групою роботою та зрозуміти, що ще їм хотілося б отримати від роботи у групі.

Інструкція: Я хотів би запропонувати вам подивитись на нашу групу як на ціле і з'ясувати, наскільки вам подобається наш спосіб спільної роботи. Сядьте зручніше і заплющте очі... (30 секунд.)

Уявіть собі, що ви спостерігач, який може дивитися на нашу групу через невеликий отвір у стіні. Подумки поспостерігайте за групою, коли вона зайнята різними видами діяльності. (2 хвилини.)

Тепер уявіть собі, що у сусідній кімнаті ви можете спостерігати за іншою групою, яка має все, чого нам не вистачає і яка робить все те, що ми з вами боїмося робити. Поспостерігайте тепер за цією ідеальною групою. Що ви там бачите? (2 хвилини.)

Тепер скажіть "до побачення" обом групам і поступово повертайтеся сюди, до цієї кімнати.

Питання для обговорення:

- Що я побачив в іншій групі?
- Що відрізняє її від нашої?
- Що я побачив у нашому гурті?
- Що було спільним для обох груп?

- Що ми можемо зробити для того, щоб наш гурт став для нас привабливішим?
- Що ми можемо змінити у структурі нашої групи?
- Що кожен із нас хоче робити по-іншому?

Вправа «Дякую за приємне заняття» 30 хв

Мета: Згуртованість групи.

Інструкція: Будь ласка, встаньте у спільне коло. Я хочу запропонувати вам взяти участь у невеликій церемонії, яка допоможе нам висловити дружні почуття та подяку один одному. Гра проходить наступним чином: один з вас стає в центр, інший підходить до нього, тисне руку і вимовляє: "Дякую за приємне заняття!". Обидва залишаються в центрі, як і раніше тримаючись за руки. Потім підходить третій учасник, бере за вільну руку або першого, або другого, тисне її і каже: "Дякую за приємне заняття!". Таким чином, група в центрі кола постійно збільшується, всі тримають один одного за руки. Коли до вашої групи приєднається останній учасник, замкніть коло і завершіть церемонію безмовним міцним трикратним потисканням рук.

День 2

ВПРАВА «КРІЗЬ СКЛО»

Мета впровадження: командоутворення

Ресурси: папір, ручки

Час: 30 хв

Хід проведення: Один з учасників загадує певний текст, записуючи його на папері, але передає його немовби крізь скло, тобто за допомогою міміки та жестів. Решта гравців розповідають про те, що вони зрозуміли. Ступінь збігання тексту, який було відтворено більшістю гравців, і тексту, записаного одним із учасників, свідчить про вміння встановлювати контакт.

Міні-лекція «Адекватність самооцінки та як її визначити» - 50 хв.

Прийняття себе на фізичному рівні.

Люди зі здоровою самооцінкою знають і приймають свою зовнішність – вони згодні зі своїм зовнішнім виглядом, можуть щось змінювати за бажанням (худнути, качати м'язи, змінювати зачіски та ін.), але не надають цим змінам надмірного значення.

Для них головне – відчувати себе добре.

Люди із заниженою самооцінкою часто не дбають про свою зовнішність, стають "сірими мишами" або слідкують за собою з надмірною увагою, вважаючи, що скинуті кілограми чи нові підбори додадуть їм значимості та успішності у суспільстві.

Часто такі люди стають "жертвами" моди, умілих маркетологів або пластичних хірургів.

Знання своїх бажань та можливостей

Адекватна самооцінка дає людям усвідомлення своїх бажань, оцінку своїх можливостей, здійснення певних кроків та прийняття рішень.

Вони не переймаються, що чогось не можуть, що щось у них виходить не ідеально або що вони чогось не вміють.

Для них не проблема визнати, що чогось потрібно навчитись, деє прикласти більше зусиль, а від чогось відмовитись. Усі ці дії не викликають значного негативного емоційного сплеску.

Люди з заниженою самооцінкою часто вважають себе невмілими, негідними, поганими спеціалістами і переживають з цього приводу.

Або безкінечно навчаються – стають перфекціоністами чи "вічними студентами".

Часто це властиво тим людям, від кого в дитинстві батьки вимагали гарні оцінки – так званий "синдром відмінника".

Ставлення до критики та помилок

Людину із заниженою самооцінкою помилки можуть повністю вивести з душевної рівноваги. Такі люди емоційно реагують на будь-яку критику на їхню адресу та страждають від неї.

Людина з адекватною самооцінкою сприймає критику залежно від того, наскільки вона справедлива чи ні.

Якщо людина з критикою погоджується, то бере до уваги, якщо ні – просто відкидає з мінімальними затратами душевної енергії – без гніву, образи, апатії, депресії тощо.

Прагнення більшого і кращого

Здорова самооцінка допомагає людям ставити перед собою все значніші цілі, приймати ризикові рішення, покращувати своє життя.

Люди з заниженою самооцінкою вважають себе негідними та недостатньо хорошими, умілими, готовими, сміливими та інше.

Міні-лекція на тему «рефлексія» - 55 хв.

Рефлексія – у соціальній психології механізм усвідомлення індивідом чи групою того, як їх насправді сприймають і оцінюють інші індивіди чи групи.

Простими словами Рефлексія – це, якщо банально спрощувати, – «самокопання», – прискіпливий та часто болючий самоаналіз. Говорячи образною мовою, блукання в закутках та сутінках власної душі, з метою розібратися в собі, своїх вчинках, їх мотивації, причинах і наслідках, можливих і дійсних, відповідальності, відповідають вони чи ні якимось загальноприйнятим нормам та правилам, традиціям. Втім, це все-таки вторинне, головне – усвідомлення себе: ХТО Я? – і впізнання свого місця в системі світобудови і в стосунках зі своїм людським соціумом: Я Є!

Висновок однозначний: рефлексію в собі, необхідно зміцнювати та розвивати. Більш того, зараз ми живемо, немов сидячи у вагоні потягу, що шалено мчить, і за вікном, всі мальовничі пейзажі злилися в каламутну розпливчату пляму. І часу вже не вистачає ні на що: зупинитися, подумати ...

Тим паче стає переважаючим значення рефлексії. В ідеалі, щоб ні в якому разі, ні від кого і ні від чого не залежати. А наші здібності нікуди від нас не поділися: провести від А до Я самоаналіз ?! Запросто! Глянути критичним поглядом на помилки та промахи, гріхи та грішки ?! Душі, іноді потрібен не тільки самоаналіз, потрібно й покаяння. Якщо щиро розкався, потім настає катарсис –

очищення. В душі з'являється одночасно легкість новонародженого та готовність до подвигів. Катарсис, це теж – велика сила! Хоча, це залежить від людини. Прагматиків у нас зараз, хоч греблю гати, і очікувано закінчується самоаналіз повним самовиправданням.

Роль Рефлексії в нашому світі.

При детальному розгляді питання, наскільки глибоко вкоренилася рефлексія у життєвому побуті, сам собою напрошується незвичайний висновок. Незвичайність полягає в тому, що підсумкова думка начебто одна, як діамант, а граней у неї – багато, як і можливостей, що надаються рефлексивними вміннями:

- послідовний аналіз власних думок та спостереження за ним; вичленення квінтесенції, синтез;
- оціночна робота мислення, із застосуванням відстороненості (з точки зору стороннього спостерігача-марсіанина);
- оцінка власних шаблонів поведінки з подальшим коректуванням;
- очищення свідомості від «сміття»;
- наслідок очищення свідомості – відмова, позбавлення від сумнівів та вагань, перехід до моделі рішучої поведінки;
- найглибше занурення – пізнання себе з перетворенням прихованих можливостей в діючі і корисні.
- **Підведення підсумків.**

Мета: систематизація та асиміляція отриманої на занятті інформації.

Інструкції. Згадайте, що сьогодні відбувалося на занятті. Дайте відповіді на такі питання: Що нового, важливого ви дізналися сьогодні? Які висновки зробили собі?

День 3

Мета: розвиток здорової самооцінки та становлення стресостійкості, засвоєння способів ефективної взаємодії між різними групами у соціумі, засвоєння основних способів цілепокладання.

Вправа «Привіт, друже» 30 хв.

Кожен учасник групи вітає всіх, якимось чином, і всі повторюють цей варіант вітання. Привітання може бути вербальним чи невербальним.

Вправа «моя хвороба» - 50 хв.

Мета: подивитися на хворобу, використовуючи механізм проекції

Інструкції. Візьміть аркуш паперу та кольорові олівці та намалуйте уяву своєї хвороби, якою ви її уявляєте

Поверніть у спільне коло та по черзі розкажіть про свій малюнок.

Питання для обговорення: Що ви відчували, коли малювали? Розкажіть чому саме такий малюнок асоціюється з вашою хворобою?

ВПРАВА «КОМПЛІМЕНТИ» - 30 хв.

Мета впровадження: позитивне завершення тренінгу Ресурси: маленький м'ячик

Хід проведення:

Варіант 1 : Учасники стають в коло. Один з них говорить комплімент і кидає м'яч тій людині, кому його адресовано. Компліменти повинен отримати кожен учасник.

Варіант 2 : Кожен учасник отримує компліменти, які б починались з букви його імені (наприклад: Віта - вродлива, ввічлива, витончена і т.д.)

Міні-лекція «Походження та зміст низької самооцінки»- 60 хв.

Кожна людина має свій неповторний життєвий шлях, в процесі подорожі по якому вона зустрічається та взаємодіє з іншими людьми, стає учасником певних подій, які мають безпосередній вплив як на її особистісний розвиток так і на процес формування низької самооцінки.

Працюючи із клієнтом, що має проблеми із самооцінкою, важливо розуміти специфічні особливості саме цієї унікальної історії формування особистості. Важливим моментом є розпізнавання змісту низької самооцінки. О.Романчук описує такі категорії, що відображають зміст низької самооцінки:

1. Широкий, різний, індивідуальний;
2. Базовий («Чи можу я бути люблений/а?»)
3. Соціальна прийнятність («Чи мене будуть поважати, чи я можу бути прийнятим?»)
4. Специфічний (тіло, інтелект, здібності...)
5. Гендерний (який я чоловік/жінка?)
6. Компетентність (можливість досягати чогось)
7. Можливість відстояти себе, протистояти, бути незалежним (асертивність)

У кожного є своя, унікальна історія, але деякі фактори можна умовно згрупувати :

Ранній досвід життя. Переконавання та думки про себе у людини

виникають та формуються внаслідок досвіду, який вона мала у своєму житті. Коріння свого розвитку низька самооцінка бере ще у ранньому дитинстві. Той досвід взаємодії з найближчими оточуючими, а особливо з батьками, відіграє визначальну роль у формуванні та розвитку здорової особистості. Якщо ми говоримо про негативні думки і переконання про себе, то, очевидно, є негативний досвід, який сприяв тому:

Покарання, знехтування, емоційне занедбання, жорстоке поводження.

Дитина, яка не має відхилень у своєму розвитку, в силу своїх вікових особливостей, рівня розвитку пізнавальних процесів, характеризується своєю активністю, пізнавальним інтересом і, в цілому, поведінкою, яка не завжди є «правильною» для батьків. Ще складніше хід справ відбувається у сім'ї

де є діти із певними відхиленнями. Усі ці обставини, як і саме батьківство є своєрідним іспитом, випробуванням для батьків. І, на жаль, не усі справляються із даним викликом в силу своїх особливостей (негативний досвід, схеми, глибинні переконання, психологічні проблеми, психічні розлади). Але усі ці обставини впливають на стосунок, який відбувається між батьками та дітьми, що має свій відбиток на формування особистості дитини. Дуже часто батьки, в силу своєї психологічної некомпетентності та описаних вище причин будують неправильні стратегії виховання та взаємодії з дитиною(часто карають жорстоко або непередбачувано, нехтують, відкидають або кривдять). А якщо до дітей ставляться в такий спосіб, то ті дитячі переживання можуть залишити емоційні та психологічні «шрами» та призвести до негативного бачення себе та недовіра до світу взагалі.

Приклад з практики. Н. 28 років. Розлад регуляції злості. Низька самооцінка. Н. виросла в неповній сім'ї. Батьки розлучилися ще до народження. Мати повторно одружилася на чоловікові, який мав алкогольну залежність. В стані алкогольного сп'яніння неодноразово бив дівчинку. У 12 річному віці була спроба зґвалтування(вітчим). Зі сторони матері підтримки дівчинка не отримувала, тільки чула ; «Ти все надумала!», «Це брехня», «Сама винна». В знак протесту були спроби втечі із дому до подруги, де вона могла хоча б на деякий час відчутти безпеку та прийняття.

Надвисокі вимоги/стандарти батьків, які складно/неможливо дотримуватися, умовне прийняття

Деякі батьки у своєму вихованні керуються одним із міфів «Не хвали дитину, бо перехвалиш» (мають схему «надвисоких стандартів»)і щоденно, щохвилино намагаються знаходити якісь недоліки, зосереджуються лише на слабостях та помилках та дуже рідко визнають позитивні якості або успіхи. Дуже часто від таких батьків можна почути: "Ти міг би зробити це краще", або "Це не достатньо добре", «Ти поводиш себе як дівчинка(до хлопця), «Скільки навчаєш, а ніякого толку!»

Приклад з практики. В. 32 роки. ОКР. Низька самооцінка. «Батьки у мене дуже гарні, я їх люблю і хвилююся за них. І вони за мене хвилюються і люблять... Але з самого дитинства чула від них багато невдоволення: «Речі у тебе як завжди не на своїх місцях» (перед розмовою старалася і складала), «Оцінки ти можеш отримувати кращі», «4»-ок у тебе не має бути», «Не їж багато булочок, бо станеш товстою»!

Відсутність позитивного досвіду

Однією із основних характеристик даного досвіду є те, що людина не отримує достатньої кількості уваги, любові, похвали, заохочення, тепла. Основні потреби враховуються, сприймаються адекватно, але повністю не задовольняються. Це сім'ї, в яких дорослі прагнуть задовольнити матеріальні потреби дитини, при цьому не надають фізичної ласки, можуть бути емоційно-відстороненими від дитини.

Приклад з практики. В. 21 р. Депресія. Низька самооцінка. Із спогадів «У мене гарна сім'я, батько і мама завжди турбувалися і турбуються про нас по-своєму. Скільки себе пам'ятаю, батько постійно працює, нам з братом дуже мало приділяв уваги, але завжди купував нам усе необхідне. Мама так само: робота, дім, робота. Вони нас люблять, ми це знаємо але не памятаю, що б батько мене обнівав, говорив про свої почуття да і від мами такі слова чую дуже рідко»

Неприйняття дома та в школі. Специфічні характеристики особи(фізичні особливості, хвороби)

Часто зустрічаються люди/діти, які вирізняються від загальної маси людей в силу своїх специфічних особливостей(таланти, здібності, уподобання, фізичні/фізіологічні особливості(можливі каліцтва, різні вади :поганий зір, слух...). І хоча на даний момент в Україні широкого розповсюдження набуває інклюзивна освіта, все ж таки до таких дітей «особливе» ставлення спостерігається як в сім'ях так і в

інших соціальних інститутах). Нажаль, досвід таких дітей та перебування у ситуації, коли тебе не приймають, не визнають, не звертають увагу, або ж навпаки «тикають пальцем», критикують, б'ють, зневажають(булінг) створюють відчуття непотрібності, неважливості, відчуття того, що «я не такий», «мене не можуть зрозуміти», «я дивний», «я не такий як треба», «я гірший»...

Приклад з практики. О. 39 років. Алкогольна залежність. Низька самооцінка. Спогади з дитинства: «Як тепер пам'ятаю: приходжу у дитячий садок (мені тоді було 3,5 років) в окулярах і прямо відчуваю на собі погляди всіх дітей. А також те, як вони постійно тикали мені пальцями в окуляри... В школі я себе почувала теж некомфортно, окуляри мені ніколи не подобалися, вони мені були не до лиця, і всі звертали на них увагу. Я почувалася якоюсь «не такою», «негарною»»

Стресові ситуації та хвороби у рідних:

Сім'ї іноді переживають складні часи (стреси, тривожні події в житті когось із членів родини) і для того, що б їх вирішити батькам/дорослим потрібен час. Відповідно той час, який «призначений» для дитини використовується з іншою метою. Та й поведінка дорослих може бути в таких ситуаціях різною: гнів, злість, роздратування, розчарування, тривожність, депресія, негативне ставлення до дітей, постійні зриви. Всі ці прояви поведінки мають негативний вплив на формування особистості в цілому та безпосередньо на її впевненість у собі, а також є прикладом негативної поведінки, яка згодом може сприйматися як норма.

Приклад з практики. Т.32 роки. Панічні атаки. Тривога за здоров'я. Низька самооцінка.

Спогади із дитинства: «Коли мені було 4 роки батька посадили до в'язниці, хоча він не був винним. Мені було дуже боляче, сумно і соромно.

Мама постійно хвилювалася, була без настрою, кудись бігала, щось вирішувала, а я залишалася одна або була у бабусі... »

Соціальне положення сім'ї .

На уявлення людини про себе, на її самооцінку впливає не лише ставлення оточуючих до неї, але й те як відносилися до її родини, як сім'я або група, до якої людина належала сприймалася в соціумі, яке її положення у суспільстві, який матеріальний стан. Часто дітки із бідних, незабезпечених сімей, в силу фінансової неспроможності відчують свою «неповноцінність». Або сім'ї переселенців, які втратили все, що мали , а на новому місці їм складно адаптуватися, люди їх не приймають, ставляться із зневагою, агресією.

Пізній досвід життя

Часто буває так, що дитина росте у гарній здоровій сім'ї, де задовольняються усі потреби, дитина відчувається любленою, але в силу певних обставин (погана кампанія, хлопець-тиран або чоловік-тиран, робота) потрапляє у життєві обставини, де вона, як особистість знецінюється (фізичне, моральне, психологічне насилля), коли присутні і тривалі фінансові труднощі, стресові життєві ситуації, травматичні події, хвороби, інвалідизація. В таких обставинах навіть у людей із здоровою самооцінкою впевненість у собі може похитнутися.

Приклад з практики. Л. 20 років. Панічні атаки. Низька самооцінка. Виховувалася в здоровій благополучній сім'ї. З батьками гарні дружні взаємини. З 18 років почала зустрічатися із «модним» хлопцем, який міг багато чого собі дозволити: піднімав руки (звернення до лікарні з травмою), кричав, критикував, не рахувався із думкою. «Цей стосунок зробив з мене зовсім іншу людину, невпевнену у собі, «хвору».

Блок 3. (рораховано на три дні).

День 1.

Мета: вивчення ставлення до власного психосоматичного захворювання, переклад сприйняття психосоматичних проблем в іншу форму – метафоричну – з метою розкриття потенційних можливостей спрямованих на одужання.

Вправа «Вмій сказати «Ні!» 60 хв.

Мета: засвоєння способів відмови.

Учасники об'єднуються у групи за довільним принципом. Кожна група отримує опис конфліктної ситуації і завдання: показати сценку, в якій даний конфлікт привів би до розвитку відносин та особистісних позитивних якостей.

Ситуація 1: Ви хочете піти з компанії, а друг продовжує займати вас розмовою. Ви кажете...

Ситуація 2: Друг просить позичати йому автомашину, а ви вважаєте його поганим водієм. Ви кажете йому...

Ситуація 3: Друг зайняв у вас гроші і весь час забуває повернути. Ви заявляєте йому...

Ситуація 4: У компанії знайомі вмовляють випити, але вам не хочеться. Ви відповідаєте...

Ситуація 5: Вас повідомлять друзі за те, що ви не хочете йти з ними до незнайомої компанії. Ви відповідаєте...

Виконувачу ролі «актора» у пропонованих ситуаціях потрібно продемонструвати невпевнену, впевнену та агресивну відповіді.

Наприклад, на пропозицію піти в нічний клуб невпевнена відповідь може звучати так: «Дякую за запрошення, я б із задоволенням, та ось обставини, чи розумісте»; впевнений – «У мене сьогодні інші справи»; агресивний – «Я вже сказав, що не піду! І не змушуйте мене двічі повторювати цю фразу!

Вправа «Малюємо кішку» 60 хв.

Мета: розвиток досвіду роботи з партнером, виявлення ефективних стратегій взаємодії, усвідомлення необхідності спільного просування до єдиної мети.

Зміст. Група поділяється на пари, у кожній з яких один учасник – керівник, другий – підлеглий. Тренер виходить з аудиторії з «керівниками» і повідомляє, що вони керівники проекту з... малювання кішок. Завдання кожної пари – намалювати кішку. Але обов'язкові умови малювання — у «підлеглому» заплющені очі (або одягнені спеціальні окуляри без прорізів для очей), а «керівник» має право надавати лише вербальні інструкції щодо малювання окремих елементів, без повідомлення мети роботи. Тобто «підлеглі» не знають, що має вийти внаслідок спільної праці.

Після того, як малюнки будуть закінчені, кожна пара по черзі показує свою роботу, а «керівники» та «підлеглі» розповідають, що заважало, що допомагало їм у процесі роботи, описують свої відчуття від спільної діяльності.

Поради тренеру. Обговорення може відбуватися загалом колу (і висловлюються лише охочі), або кожен учасник відповідає на запитання ведучого:

- Чи задоволений результатом малювання?

- Чи задоволений характером взаємодії?
- Що сподобалося у посібнику/підпорядкуванні?
- Що заважало працювати?
- Які з стратегій, що продемонстровані партнером, використовуються в житті?
- Чи заважають ці допомагають ці стратегії?
- Що можна було б змінити у грі, щоб результат вийшов ще краще?

Міні -лекція на тему « Роль когнітивних фільтрів та негативних автоматичних думок у підтримці низької самооцінки» - 60 хв.

Однією із базових концепцій КПТ є негативні автоматичні думки (НАД), які вперше були описані А. Беком. НАД – потік думок, негативно- забарвлені оцінки чи інтерпретації, які ми надаємо тому, що відбувається навколо або усередині нас. Як і інші рівні когніцій, НАДи мають свої особливості:

Вони мимовільні (виникають самі по собі, автоматично);

Це специфічні думки про конкретні події або ситуації. Мають стереотипний повторюваний характер, вони різні, залежать від обставин.

Вони легко усвідомлюються, є частиною нашого «внутрішнього простору», часто ми навіть не помічаємо їх.

Сприймаються як очевидна річ, правда, яка не перевіряється (сприймається як факт) , особливо при наявності сильних емоцій;

Можуть виникати у вигляді образів;

Необхідні для опрацювання на ранніх етапах терапії.

Представники когнітивно-поведінкової терапії сходяться на думці, що НАДи безпосередньо впливають на емоційний стан особи, а тому робота з ними є важливим елементом КПТ-терапії.

НАД з’являються не просто так, підґрунтям до їх виникнення можуть служити своєрідні «окуляри»(когнітивні фільтри/помилки мислення), які людина має і крізь які вона отримує та інтегрує інформацію.

До найбільш типових фільтрів відносять:

Фокус на негативному або тунельне бачення. Дана помилка мислення полягає в тому, що людина концентрується та помічає лише негативне і не бачить, не звертає уваги на все те, що є позитивним в собі та в життєвій ситуації.

Однією із базових концепцій КПТ є негативні автоматичні думки (НАД), які вперше були описані А. Беком. НАД – потік думок, негативно- забарвлені оцінки чи інтерпретації, які ми надаємо тому, що відбувається навколо або усередині нас.

Як і інші рівні когніцій, НАДи мають свої особливості:

Вони мимовільні (виникають самі по собі, автоматично);

Це специфічні думки про конкретні події або ситуації. Мають стереотипний повторюваний характер, вони різні, залежать від обставин.

Вони легко усвідомлюються, є частиною нашого «внутрішнього простору», часто ми навіть не помічаємо їх.

Сприймаються як очевидна річ, правда, яка не перевіряється (сприймається як факт) , особливо при наявності сильних емоцій;

Можуть виникати у вигляді образів;

Необхідні для опрацювання на ранніх етапах терапії.

Представники когнітивно-поведінкової терапії сходяться на думці, що НАДи безпосередньо впливають на емоційний стан особи, а тому робота з ними є важливим елементом КПТ-терапії.

НАД з'являються не просто так, підґрунтям до їх виникнення можуть служити своєрідні «окуляри»(когнітивні фільтри/помилки мислення), які людина має і крізь які вона отримує та інтегрує інформацію.

До найбільш типових фільтрів відносять:

Фокус на негативному або тунельне бачення. Дана помилка мислення полягає в тому, що людина концентрується та помічає лише негативне і не бачить, не звертає уваги на все те, що є позитивним в собі та в життєвій ситуації завдання на роботі, прийти до висновку «мені нічого не вдається, я завалюю усе, що мені довіряють зробити, я ні до чого не здатен».

Персоналізація провини. Схильність звинувачувати себе у тому, де немає твоєї провини.

Мелані Феннел у своїй роботі «Як підвищити самооцінку» використовує поняття тривожні передчуття та самокритичні думки. На мою думку, їх можна віднести до НАДів, бо як зазначалося вище, негативні автоматичні думки - це специфічні думки про конкретні події або ситуації, які мають стереотипний повторюваний характер, вони різні, залежать від обставин.

Отже, НАД та когнітивні фільтри визначаються глибинними переконаннями, які має людина та підтримуються завдяки правилам життя, які особа виробляє для «безболісного» життя

День 2**Техніки відволікання, переключення та дистанціювання. – 50 хв.**

Рольова гра «Набридливі думки». Один учасник виходить на середину, всі інші виконують роль НАД, які оточують та набридають (кожен отримує свою специфічну роль, в залежності від учасників групи). Особа має знайти способи не реагування на думки.

Можливі варіанти:

1. Привітання с думкою. «Я бачу, що ти є, але запрошую тебе на 12.00, це твій час. А зараз я зайнятий важливою справою»
2. Переключення на якісь об'єкти в кімнаті (знайти 25 червоних речей і тд), повторення таблиці множення/ділення.
3. Уявити автобус, в який садовитимеш думку.

Вправа ресурсне місце. 50 хв.

Обговорення поняття ресурс. Та місце ресурсу у підтримці якісного життя людини.

Зворотній зв'язок. (З чим ідете, що важливого сьогодні було для Вас? ЯК себе почувасте?)

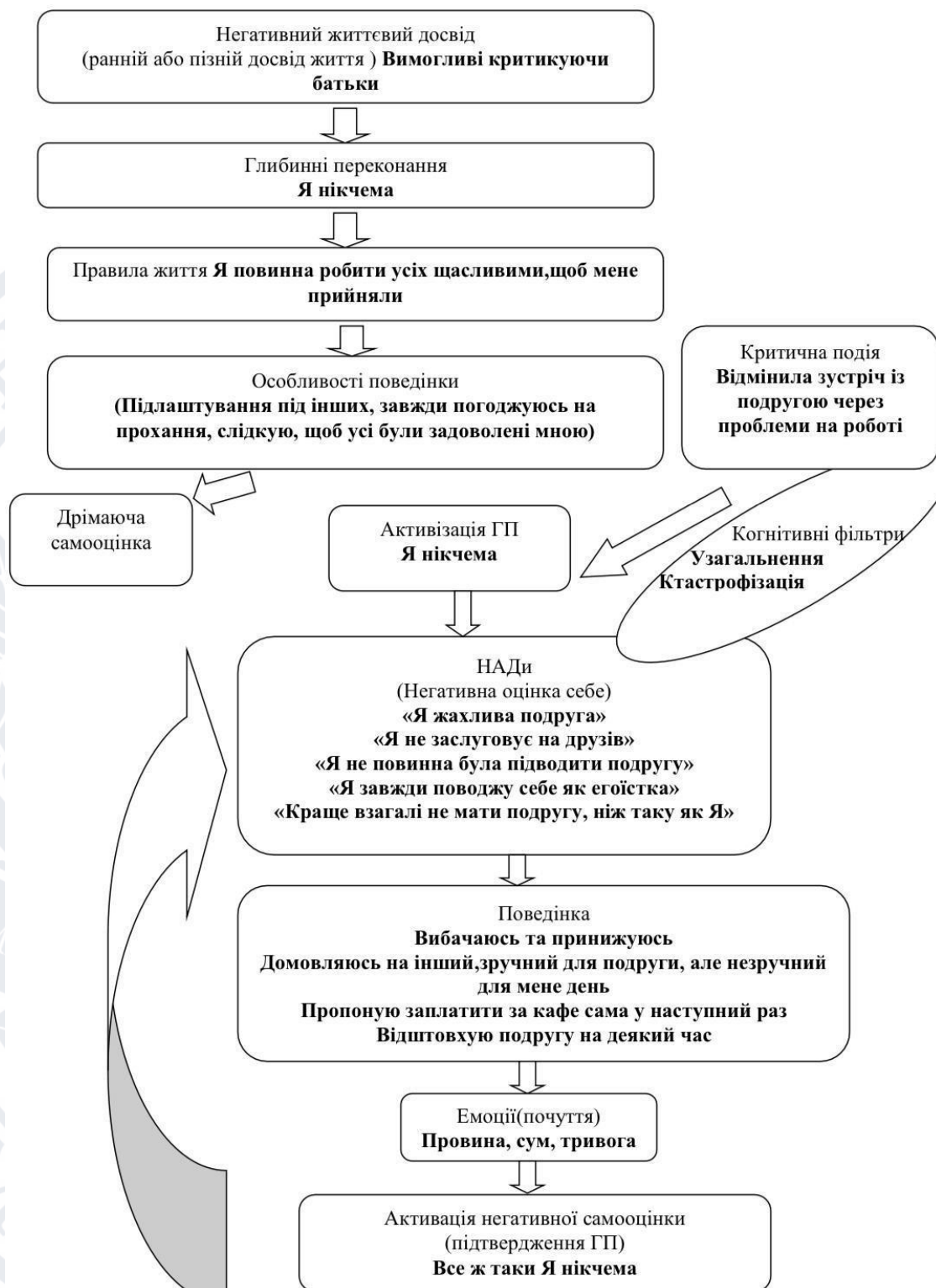
Вправа «Побажання на сьогодні» 20 хв.

Мета: створення гарного настрою, налаштування на працю.

Інструкція. Учасники сидять у колі. Попереду нас насичений робочий день. Давайте налаштуємося на нього. Висловимо один одному побажання на сьогоднішній день. Вони мають бути короткими, бажано одне слово.

Вправа «Моя модель низької самооцінки»- 50 хв.

Пропонується приклад заповненої моделі низької самооцінки, на основі якого опрацювати власну «історію»



Як вже зазначалося раніше, НАДи, які з'являються у критичних ситуаціях, де ваше правило життя не спрацьовує, активують негативні глибинні переконання, низьку самооцінку та копінг-стратегію(насправді некорисну). Як Ви вже знаєте, один із способів справляння із негативним оцінюванням себе є тестування думок(не приймати їх як факти, а досліджувати їх).

Вправа «Щоденник негативного оцінювання себе». – 25 хв.

Кращий спосіб кинути виклик НАД , це записувати їх. Пропонуємо щоденник негативного оцінювання себе (Розбираємо запропонований приклад, а потім робота зі своїми ситуаціями). Спочатку робота групова(розбираємо приклад) потім індивідуальна, у трійках, на велике коло).

Щоденник думок при негативному оцінюванні себе

Опис ситуації Відмінила зустріч із подругою в кафе через проблеми на роботі	Наскільки я вірю в таку думку про себе (0-100%)? 85%
Що я думаю про себе? Я погана подруга. Я не заслуговую на дружбу! Я неповинна була підводити! Я егоїстка! Краще совсім не мати такого друга як я!.	Які емоції ви переживаєте? Що відчуваєте? (0-100%)? Провина(90%); Сум(70%)
Особливості поведінки ? Довго вибачалася перед подругою, сказала їй, що я жадлива подруга. Також сказала, що загладжу свою провину і заплачу наступного разу за двох. Наступного разу домовилися на час, який зручний для подруги, але не для мене.	

Змінюємо негативне оцінювання себе

Які є докази «За» такого оцінювання себе? Я раз очарувала та засмутила подругу, коли відмінила зустріч. Це не перший раз, коли я її засмучую.	Які є докази «Проти» такого оцінювання себе? Я не змогла прийти, бо у мене були причини. Якщо б я змогла, я б обов'язково прийшла. У більшості випадків я не підводжу своїх друзів. Мені говорять, що я гарний друг.
Це думки чи факти? Це думки, а не факти	
Яка користь з того, що я так себе оцінюю? Це нечесно по відношенню до себе., звинувачувати себе в тому, що від мене не залежить. Це призводить до поганого емоційного стану (сум, тривога, провина). Це призводить до негативних думок про себе, що я погана, що я винна.	
Як ще можна подивитися на цю ситуацію? Не завжди буває так як ми собі плануємо. Це життя. Це може трапитися з кожним. Якщо мені прийшлося відмінити зустріч із подругою, то це не означає, що я погана подруга. Неможливо усім догоджати постійно. Якщо б моя подруга відмінила зустріч, то я б не подумала, що вона погана подруга.	
Що б я порадила подрузі у такій ситуації? Подруга зрозуміє і справиться із почуттями. Вона не бути вважати тебе поганою подругою. Якщо подруга засмутиться, то це навпаки може значить, що ти гарна подруга і вона хоче провести з тобою час.	
Яка поведінка була б більш корисною? Як по-іншому можна було відреагувати? Замість того, щоб постійно вибачатися (25 раз) вибачитися один раз і пояснити ситуацію. Запланувати зустріч на той день, який буде зручний обом.	

Збалансоване оцінювання себе

Збалансоване оцінювання себе (Альтернативна думка) Я намагаюся бути гарною подругою в різних ситуаціях. Мої друзі неодноразово говорили, що цінують нашу дружбу, що може значить, що я гарний друг. Я гарно ставлюся до своїх друзів, ніколи не ображаю їх навмисно. Є ситуації, які я не можу змінити. Нажаль, неможливо зробити так, щоб усі і завжди були щасливі..	
Наскільки я вірю в першу думку про себе 35%	Яка інтенсивність моїх перших емоцій? Провина (45%); Сум(20%)

- Вправа «Нестандартна назва захворювання»

Мета: перевести знання про своє захворювання на символічну реальність.

Інструкції. Сядьте у коло. Дайте метафоричну назву своєму захворюванню та сказати іншим обрану метафору.

Інформація для тренера. Коли людина використовує метафору для опису свого внутрішнього досвіду, вона розкриває глибоко особисті та дуже могутні аспекти. Метафора як голограма, кожен фрагмент

якої можна використовувати для відтворення цілого, кожен шматочок несе всю інформацію оригіналу. Метафора не тільки несе всю інформацію про проблему, але також і інформацію про те, як вирішити цю проблему. Якщо прийняти метафору за опис несвідомих процесів, вона може стати «воротами» у світ особистісного змін.

День 3

Знайомство із практикою Майнфулнес. Техніка «Дихання» (М.Уільямс, Д.Пенман «Осознанность...») 30 хв.

Це психотерапевтичний підхід, який використовує практики зосередження уваги, медитації з метою допомоги людям, які страждають від різних психологічних проблем і розладів.

Сам термін «майнфулнес» в перекладі з англійського означає «повна свідомість», «уважність», «зосередженість». «Думати» це лише один із можливих станів нашої свідомості, для певних завдань він корисний і потрібний, але в певних ситуаціях більш корисним для самопочуття буде стан "просто бути", який пов'язаний з безпосереднім відчуттям життя, себе самого, інших людей, природи і т.і.

У майндфулнес-терапії наголошується, що "постійне перебування у думках" (наприклад, перебування у негативних думках при депресії) дуже часто зменшує нашу здатність бачити, відчувати реальність, зокрема красу і неповторність життя. Використання майндфулнес-терапії дозволяє людині більшою мірою перебувати у контакті з реальністю.

Поєднання майндфулнес практик і концептуальної основи КПТ дозволяє учасникам розглядати процеси виникнення та існування розладів, які є схожими для цілого ряду проблем. Засвоєні «старі звички мислення» можуть включати: безпосередні тлумачення свого досвіду (напр., негативні думки); когнітивні фільтри (генералізація, катастрофізація); загальні стійкі когнітивні моделі (напр., умовні дисфункційні припущення, схеми, переконання про себе, світ і майбутнє). Змінене ставлення до внутрішнього досвіду, яке здійснюється у МО-КТ, змінює підтримуючі фактори.

Профілактика рецидивів. Дайте відповіді на питання- 50 хв.

- 1) Які показники свідчитимуть, що я повертаюся до низької самооцінки?
- 2) Список негативних ГП, некорисних ПЖ, копінг-стратегій, які можуть з'явитися.
- 3) План дій у ситуації, коли низька самооцінка повернеться
- 4) Список людей, які мене підтримають
- 5) Список технік /методів, які корисні і необхідні для практикування
- 6) Яка якість життя мене очікує із здоровою самооцінкою (описати усі сфери)

Вправа «Нижнє дихання» (з практики йоги) 50 хв

Мета: усвідомлення процесу дихання, концентрація на черевному (нижньому диханні).

Зміст. Дане вправу краще проводити лежачи на спині. Однак в умовах тренінгу така

можливість не завжди є. Тому можна проводити його сидячи, стежачи за тим, щоб спина була пряма.

Інструкція: «Покладіть одну руку на груди, а іншу – на живіт. Видихніть повітря з легенів, стежачи за тим, щоб живіт втягувався так, ніби ви хочете дістати животом хребет. Що глибше втягнеться живіт, то краще. Рука, що лежить на животі, при цьому повинна відчувати рухи живота, що втягується всередину, а рука, що лежить на грудях, повинна стежити, щоб груди при цьому залишалися нерухомими. Видихнувши все повітря з

легень, зробіть вдих, тільки стежте, щоб вдих був легким, нечутним. Рука, яка, як і раніше, лежить на грудях, контролює грудну клітку - при вдиху вона повинна залишатися в спокої. Живіт повинен допомагати вдиху - рука, що лежить на животі, повинна відчувати, як живіт випинається, випирає назовні. Рух живота має бути відчутним, тоді як грудна клітка залишається нерухомою протягом усієї вправи». Тренер може запропонувати учасникам зробити цю вправу ввечері, лежачи в ліжку перед відходом до сну.

- **Вправа «Подарунок» 40хв.**

Нехай кожен із вас по черзі зробить подарунок своєму сусідові зліва (за годинниковою стрілкою). Подарунок треба зробити (вручити) мовчки (невербально), але так, щоб ваш сусід зрозумів, що ви йому даруєте. Той, хто отримує подарунок, має спробувати зрозуміти, що йому дарують.

Обговорення: Чи сподобалось вам те, що вам подарували? Чи сподобалось дарувати? Чи легко було зрозуміти, що саме вам дарують? В чому були складнощі?

- **Вправа «Врач і пацієнт»**

Мета: навчитися уважно слухати іншого та навчитися описувати власне захворювання.

Інструкції. Розбійтеся на пари. Вирішіть, хто спочатку гратиме роль лікаря, а хто - пацієнта. Завдання для лікаря протягом п'яти хвилин розпитати про захворювання. Завдання для пацієнта - якнайбільше розповісти про своє захворювання (Де болить? Як болить? Що відчуваєте?).

Змінитися ролями. Нехай той, хто грав роль лікаря, зіграє роль пацієнта і навпаки.

Запитання для обговорення: чи легко було виконати завдання? Що допомагало, а що заважало говорити про захворювання? Що допомагало, а що заважало розпитувати про захворювання? Які виникали почуття під час виконання вправи?

Зворотній зв'язок 30 хв. Учасники, сидячи в загальному колі, розповідають, що нового та/або корисного вони дізналися у процесі заняття, що вони намагатимуться використати у своєму та в особистому житті.

Блок 4: (розраховано на дват дні).

День 1

Міні-дискусія «самовдосконалення самого себе , та рівня своєї самооцінки» -60 хв.

Мета: усвідомлення , що кожен із нас унікальний, знаходження шляхів подолання низької самооцінки.

Зміст:

Тренер ділить групу на дві підгрупи. Перша підгрупа повинна в ході групового обговорення виявити і записати негативні наслідки низької самооцінки , а інша - позитивні сторони здорової самооцінки (чому ми вчимося, долаючи свої страхи комплекси тим самим позбавляючи себе низької самооцінки,

що ми можемо дізнатися про себе та свої ресурси, долаючи важкі ситуації). Час на обговорення – 5-10 хвилин. Після того, як групи впораються із цим завданням, тренер пропонує влаштувати дискусію, під час якої відповіді-аргументи груп чергуються. Виграє та команда, яка знайде більше аргументів на користь точки зору, що захищається.

Обговорення. 35 хв. Як правило, більше аргументів знаходить перша підгрупа. У цьому випадку тренеру треба сказати про те, що незважаючи на велику кількість негативних наслідків, які назвали учасники першої підгрупи, ці наслідки викликаються саме сильними, травматичними або хронічними стресами, подіями які негативно впливали на дітей ще в ранньому дитинстві, та ті всі аспекти нав'язані суспільством. На щастя, це все можна подолати, та вирішити за допомогою таких тренінгів чи відвідування психолога, людини спеціаліста, яка може допомогти виявити причину знецінення себе.

День 2.

- **Вправа: Я і стрес.**

Інструкція: поміркуйте кілька хвилин над тим, як Ви поведетеся в стресових ситуаціях, пригадайте які фізіологічні та психологічні реакції у вас виникають? Що Вам хочеться робити? Що Ви робите? Що Вас заспокоює в таких випадках? На аркуші паперу запишіть 8-10 способів реагування, які виникають найчастіше.

Перечитайте щераз список, проаналізуйте його:

Які реагування є найчастішими?

Які з реакцій посилюють Ваш стресовий стан?

Які з реакцій є найбільш корисними, дозволяють заспокоїтися та знайти рівновагу?

Під час цієї вправи, Ви зробите «ревізію» своїх методів реагування на стрес, визначте притаманні Вам способи поведінки в стресових ситуаціях та конструктивні методи управління стресом, які дозволяють «Брати ситуацію під контроль».

- **Вправа «Афоризм як вихід з кризи»**

Завдання: пригадати і вибрати з досвіду типову чи особливо критичну ситуацію. Обрати афоризм, який б міг бути «трампліном», мобілізував б внутрішні особистісні ресурси для виходу з кризи.

Порада: читаючи афоризм спробуйте не стільки зрозуміти, стільки пережити його. І він почне свою цілющу роботу в глибині вашого «Я».

У зв'язку із різноплановістю дії стресорів пропонуємо комплекс вправ, які можна використовувати на тій чи іншій фазі розвитку стресу.

- **Малювання на тему «Мій страх»**

Психолог просить дітей подумати, чого вони більше за все бояться, й намалювати свій страх. Це може бути абстрактний малюнок або зображення конкретного об'єкта страху, тривоги підлітка. Коли виконання малюнків завершено, підлітки по черзі коротко пояснюють, чого вони бояться й що вони зобразили. Після цього керівник групи пропонує школярам розірвати аркуш із малюнком на дрібні шматочки і говорить про те, що тепер кожен із них переміг свій страх, що їхнього страху більше не

існує, тому що розірвані аркуші потраплять у кошик зі сміттям, будуть спалені і від страхів нічого не залишиться.

Важливо залучати учнів до організаторської діяльності, створити умови для розвитку рольової гнучкості; готовності до конкурентоспроможності. Також з учнями доцільно застосовувати методи, які допоможуть розслабитись, зняти напругу, яка виникає через постійний потік негативної інформації. До таких методів відносять: метод нервово-м'язової релаксації (психотерапевтична методика, заснована на почерговому напруженні і розслабленні різних груп м'язів, для досягнення стану релаксації, зменшення нервової напруги), візуальної релаксації, дихальних вправ, афірмацій (Вправи «Гіркою», «Квадратне дихання»). Декілька нескладних вправ:

Негативні почуття «живуть» у потилиці, тому важливо розслабити плечі. Для цього, підніміть плечі з напругою, потім опустіть їх. Покладіть підборіддя на груди. Поверніть підборіддя і шию направо, потім – наліво. Повторіть три рази. Сядьте прямо та зручно. Відчуйте, як розслабилася шия.

Складіть руки у «замок» перед собою. Потягніться, напружуючи плечі та руки. Розслабтеся.

- **Техніка «Квадратне дихання».** Швидкий та дієвий метод, який дозволяє зосередитись на завданні, заспокоїтись, усунути хвилювання.

Блок 5: (розраховано на 2 дні)

День 1

- **Вправа «Формула любові до себе »**

Мета : Сприяння розвитку внутрішньої гармонії та прийняття себе таким, який є.

Інструкції: Згадати або переглянути відомий мультфільм про маленького сіренького ослика, якому набридло бути осликом. І він став спочатку метеликом, потім, якщо не помиляюся, пташкою, потім кимось ще... поки, нарешті, не зрозумів, що для нього самого і для всіх інших буде краще, якщо він залишиться маленьким сіреньким осликом. Тому, прошу вас, не забувайте кожен день підходити до дзеркала, дивитися собі в очі, посміхатися і говорити: «я люблю тебе (і називати своє ім'я) і приймаю тебе таким, який ти є, з усіма достоїнствами і недоліками. Я не буду боротися з тобою, і мені зовсім нема чого перемагати тебе. Але моя любов дасть мені можливість розвиватися і вдосконалюватися, самому радіти життю і приносити радість в життя інших

- **Вправа «Моє впевнене Я»**

Мета : Гармонізування внутрішньоособистісної картини людини, розвиток впевненості у собі, адекватної самооцінки та сприятливого самоставлення до себе.

Інструкції: Спробуйте посміхнутися і удержите посмішку 10-15 секунд. Змініть посмішку на усмішку – відчуйте невдоволення. Прийміть гнівний вигляд-відчуйте гнів. Ваше обличчя, голос, жести, постава можуть викликати будь-яке почуття. А якщо ви не впевнені в собі, то постійно робіть вигляд впевненої людини. Якщо ви горбїться – випряміться, Контролюйте свій голос – щоб він не тремтів, не смикайте нічого в руках, не малюйте – це теж ознака тривожності, невпевненості. Ви можете сказати собі: "я повинен бути впевненим у собі. Я не можу насправді стати таким, але я можу контролювати свою поставу, стежити за своїм голосом, за своїм обличчям. Я буду виглядати впевненою в собі людиною". І ви станете впевненим у собі людиною.

○ **Вправа. Дихальна гімнастика передбачає засвоєння дітьми різних видів вдихів і видихів:**

- через ніс, через рот;
- глибокий, неглибокий вдих;
- видих із затримкою повітря;
- сильний, легкий видих;
- короткий, довгий видих;
- комбінації (вдих через рот – видих через ніс, вдих через ніс – видих через рот; вдих через ніс – видих через ніс, вдих через рот – видих через рот).

До Вашої уваги, пропонуємо декілька ефективних вправ для роботи з дітьми, які пережили стрес або будь яку іншу кризову ситуацію:

• **Вправа «Внутрішній промінь»**

Вправа допомагає зняти втому, стабілізувати внутрішній стан.

Займіть зручну позу. Уявіть, що всередині вашої голови, у верхній її частині, виникає світлий промінь, який повільно і послідовно рухається згори вниз. Промінь повільно і поступово освітлює обличчя, шию, плечі, руки теплим, рівним і розслабленим світлом. Промінь, проходячи вниз, розгладжує зморшки. У вас зникає напруження в голові, розслаблюються зморшки на лобі, опускаються брови, «оохолоджуються» очі, послаблюється напруга в кутиках губ, опускаються плечі, вивільнюється шия. Внутрішній промінь формує зовнішність спокійної вільної людини, задоволеної собою і своїм життям. Виконайте вправу декілька разів – згори вниз. Закінчуйте вправу словами: «Я став (стала) новою людиною! Я став (стала) сильним, спокійним і стабільнішим! Я все буду робити добре!»

• **Вправа «Метелик»**

Хід вправи: потрібно скласти руки навхрест на грудній клітині та здійснювати легкі удари кінчиками пальців по плечовому суглобі. Тривалість вправи залежить від бажання дитини її продовжити чи зупинити.

• **Вправа «Дерево»**

Хід вправи: діти уявляють себе деревом, концентруючи свою увагу на власному тілі. Уявляють міцні глибокі коріння, широкий стовбур, багато гілок, зелене барвисте листя і т.д.

День 2

- **ПРОТИСТРЕСОВЕ ДИХАННЯ** (виконайте цю вправу самі і навчіть тих, хто поруч). Повільно виконуйте глибокий вдих через ніс (на 1-2-3-4); на піку вдихання затримайте дихання (на 1-2-3-4), після чого зробіть видих через рот (або як зручно) якомога повільніше (на 1-2-3-4-5-6). Це заспокійливе дихання. Постарайтеся уявити собі, що з кожним глибоким вдихом і тривалим видихом ви поступово позбавляєтеся від стресової напруги, ніби «видихаєте її». Робіть цю вправу не менше 10-ти разів.

Вправа ХВИЛИННА М'ЯЗОВА РЕЛАКСАЦІЯ (зробіть це самі і навчіть тих, хто поруч). Розслабте м'язи чола, підборіддя, «відпустіть» куточки рота. Розслабте плечі. Поверніть голову

вправо–вліво, нахиліть її в різні боки. Струсіть кисті рук. Зосередьтеся на виразі свого обличчя і положенні тіла: пам'ятайте, що вони відображають ваші емоції, думки, внутрішній стан.

Вправа «ЗАЗЕМЛЕННЯ» – огляд оточуючого, візуально (виконайте самі і навчіть тих, хто в стресі). Озирніться довкола та уважно огляньте приміщення або місцевість, де ви перебуваєте. Звертайте увагу на дрібні деталі, навіть якщо ви їх добре знаєте. Повільно, не кваплячись, подумки переберіть всі предмети один за одним у певній послідовності. Постарайтеся повністю зосередитися на цій «інвентаризації». Говоріть подумки самому собі або допомагайте тим, хто поруч: «Ось – дерево, це береза. Ось – стовп. Собака пробігла ...» У приміщенні: «Це – коричневий письмовий стіл, білі фіранки, червона ваза для квітів ...» і т.д. Зосередившись на кожному окремому предметі, ви відволічетесь від внутрішньої стресової напруги, спрямовуючи свою увагу на раціональне сприйняття навколишнього середовища.

ВПРАВА «РУКИ-НАГАЙКИ» – на релаксацію: Встаньте – ноги на ширині плечей, нахиліться вперед і розслабтеся. Голова, плечі і руки вільно звисають донизу. Дихання спокійне. Фіксуйте це положення 1-2 хвилини. Зосередьте свою увагу на руках, які вільно звисають. Уявіть, що по них стікає негативна енергія і розчиняється в землі ... Наприкінці дуже повільно піднімайте голову (так, щоб вона не закрутилася) і випрямляйте спину. Повільний вдих – повільний видих. Вправа «Поза кучера». Займання «пози кучера» для короткого відпочинку. Необхідно сісти на стілець, лавку, ящик тощо, опустити руки, спершись ліктями на ноги. Спина похилена вперед, голова опущена, шия і спина розслаблені, спираються лише ліктями на ноги. В такій позі трохи розхитуючись можна відпочивати 10-15 хв., або навіть подрімати. Фізичні вправи (на вибір якісь вправи зробити) 1. Розтерти все тіло, починаючи з рук, далі шия, і особливо вуха, тіло, ноги. 2. Самомасаж рук. Натискати і розминати точку між великим і вказівним пальцем в ямці, промасувати кожен палець від мізинця до великого. 3. Вправа «Гарзан» звільняє непроговорені емоції. Потрібно встати і видавати з грудей звук, а руками «барабанити» по грудній клітині. Тривалість 20-30 с.

Блок 6: (розраховано на три дні)

День 1.

Мета: підбиття підсумків, зворотній зв'язок, прощання.

Вправа-вітання «Хелло, бонжур, здоровенькі були» 20хв.

Щоб групове вітання вранці було веселим і бадьорим і задавало «карнавальний» настрій (якщо цього вимагає програма дня), можна використовувати вітальні слова різними мовами.

Кожен із учасників повинен привітати своїх сусідів праворуч і ліворуч якоюсь іноземною мовою (good morning, guten Morgen, bonjour та ін.).

Як варіант: члени групи у вільному режимі блукають аудиторією, вітаючись один з одним за руку і вимовляючи своє вітання.

Клаус Фопель пропонує тренеру заздалегідь підготуватися до цього і запастися картками з написаними на них привітаннями, щоб учасники могли витягнути одну з карток і скористатися підказкою.

США, Великобританія: "Good morning"; "Hi".

Італія: «Bon giorno».

Іспанія: Buenos dias.

Франція: Bonjour.

Естонія: "Tere".

Литва: Labas ritas.

Ізраїль: "Shalom".

Гаваї: "Aloha".

Індія: "Namaste".

Вправа «Подарунок» 30хв.

Нехай кожен із вас по черзі зробить подарунок своєму сусідові зліва (за годинниковою стрілкою). Подарунок треба зробити (вручити) мовчки (невербально), але так, щоб ваш сусід зрозумів, що ви йому даруєте. Той, хто отримує подарунок, має спробувати зрозуміти, що йому дарують.

Обговорення: Чи сподобалось вам те, що вам подарували? Чи сподобалось дарувати? Чи легко було зрозуміти, що саме вам дарують? В чому були складнощі?

ВПРАВА «ДІЙ!» 30хв

Мета впровадження: сформулювати плани на майбутнє з урахуванням знань, отриманих під час тренінгу

Ресурси: аркуші паперу, ручки

Час: 15 хв

Хід проведення:

1. Запропонуйте кожному учаснику подумати про те, що він отримав від курсу, і що збирається робити після завершення навчання.
2. Запропонуйте учасникам розділити аркуш паперу на три стовпці з написом «Шість місяців», «Три місяці» й «завтра» та заповнити ці стовпці.
3. Дайте учасникам 15 хвилин, а потім попросіть кожного зачитати одну найважливішу річ з кожного стовпчика

Вправа «Питання самому собі» 20 хв.

Цей прийом нейтралізує засоби, які блокують відчуття спокою, шляхом створення нових перспектив у ситуаціях пресингу. Коли ви підозрюєте, що перебільшуєте значення якоїсь проблеми, поставте собі наступні питання:

1. Це дійсно так важливо?
2. Чи ризикую я чим-небудь дуже важливим для себе?
3. Чи буде це так само важливо для мене через два тижні, місяць?
4. Чи варто за це померти?

5. Чи може щось бути ще гірше?

6. Чи варто через це так сильно переживати?

Результат: насправді дуже прості запитання, але чомусь я сама до цього не дійшла, щоб себе запитати і мені стало смішно з того як я сприймала свою проблему.

Вправа «Спокій всередині» 40 хв.

Мета: формування почуття внутрішньої впевненості, стійкості та довіри до себе.

Інструкція: «Сядьте зручно, заплющити очі. Нехай кожен зосередить свою увагу лише на тому, що чує, сконцентрується на собі, своїх відчуттях, створюйте внутрішні образи. Відчуйте, як повітря входить і виходить через ніздрі та губи, як рухаються грудна клітка і живіт при кожному вдиху та видиху (1 хвилина)... А тепер уявіть, що в самому центрі вашої істоти є маленька частка, яка спокійна та щаслива (пауза). Не зачеплена всіма страхами та турботами про майбутнє, вона перебуває там у цілковитому світі, у силі та щастя. До неї не можна дістатися, до неї не можна торкнутися. Якщо ви забажаєте, її можна представити у вигляді образу-язичка полум'я, дорогоцінного каменю, спокійного озера і т. д. Сповнена глибоким спокоєм і радістю, ця дорогоцінна частка знаходиться в повній безпеці. Вона там – глибоко у нас. Уявіть тепер, що це полум'я, цей дорогоцінний камінь або озеро, що знаходиться глибоко, в самому центрі, в самому ядрі вас - ви самі (пауза 40 сек.) запам'ятайте це відчуття. Що б не відбувалося, усередині вас живе спокій. Ви можете черпати у ньому сили, пам'ятаючи, що ці сили ми даємо собі самі. Розплющте очі, запам'ятавши свій образ. До нього можна звертатися тоді, коли треба».

Рефлексія.

Що вдалось? Чому не вдалось?

Які почуття, відчуття викликало цю вправу?

Який образ представили?

- **Вправа «Я думаю, що хвороба це»**

Мета: знайомство із внутрішньою картиною захворювання

Інструкції. Намалуйте своє уявлення про хворобу, використовуючи певні синоніми і метафори, намагаючись показати взаємодію вашої хвороби і вас.

Питання для обговорення: Що ви відчували під час взаємодії із захворюванням? Чи сподобалися ці відчуття чи ні? Що нового ви зрозуміли про своє захворювання?

- **вправа «скульптура захворювання»**

Мета: ознайомлення із внутрішньою картиною захворювання через взаємодію Космосу з іншими людьми.

Інструкції. По черзі, за допомогою членів групи, зробіть скульптуру метафори свого захворювання, намагаючись показати, як відбувається взаємодія між вами та вашим захворюванням, що воно робить із вами. По-перше виберіть, хто показуватиме вас, потім, виберіть хтось із членів групи потрібен вам на ролі метафори вашого захворювання. Зробіть скульптуру. Подивіться на

скульптуру збоку. Спробуйте стати на власне місце у скульптурі. Запам'ятайте, що ви відчуваєте тут. Зніміть ролі членів групи, які допомагали вам.

Питання для обговорення: Що ви відчували під час взаємодії із захворюванням? Чи сподобалися ці відчуття чи ні? Що нового ви зрозуміли про своє захворювання?

День 2

Вправа «Факт або вигадка». 40 хв.

Мета: актуалізація знань.

Учасники об'єднуються у 2 команди. Завдання кожної – сформувати перелік фактів та вигадок, заснованих на пройденому матеріалі. Після цього учасники обмінюються готовими списками тверджень, і намагаються визначити, які з них – правдиві, а які – хибні.

Узагальнююча вправа «Карта групи» (К. Фопель) 60+ хв.

Мета: узагальнення отриманого під час тренінгу матеріалу, орієнтація учасників на реалізацію набутих знань та навичок.

Зміст. Група поділяється на чотири підгрупи. Протягом 10-15 хвилин у підгрупах відбувається обговорення отриманої на тренінгу інформації. Перша група згадує матеріал, отриманий першого дня тренінгу, друга — другого, третя — третього, четверта — четвертого дня. Потім кожна команда перераховує вправи, ігри, міні-лекції, які планує транслювати у своїх організаціях після повернення з тренінгу, вказуючи при цьому мету кожної форми роботи та особливості її проведення у конкретних умовах. Зазвичай, у процесі виконання узагальнюючої вправи слухачі отримують можливість переосмислити отриману інформацію, скласти зразковий план дій у організації. Крім того, в процесі обговорення виявляються нові грані, можливості вправи завдяки творчому підходу.

Перерва 20 хв.

Вправа «Перші враження» 60 хв. Ця вправа дає учасникам можливість відстежити ті зміни, що відбулися в них та в їх сприйнятті групи за час тренінгу, а також отримати зворотний зв'язок.

Учасники сидять у колі. Завдання кожного – подивитися на свого сусіда праворуч і згадати те враження, яке він справив на нього першого дня тренінгу. Далі учасники говорять про свої перші враження. За бажання можна розпитати їх і про те, як ці враження змінювалися в процесі роботи, чи це залежало тільки від партнера або від самого учасника теж. Можна попросити учасників уявити, яке враження справляли вони в перший день і яке роблять зараз, що змінилося в їхньому образі і чому.

Запитання для обговорення: За якими ознаками ви обрали сферу уникнення внутрішнього конфлікту? Як ви вирішуєте свій власний внутрішній конфлікт?

Форма уникнення внутрішнього конфлікту у сфері тіло/відчуття.

симптоми захворювання: Розлади сну, дратівливість, депресія, стомлюваність, біль, порушення сприйняття, втрата апетиту, неконтрольований прийом їжі. зона розташування симптомів захворювання: ритми сну та харчування.

Форма уникнення внутрішнього конфлікту у сфері контакти/традиції.

симптоми захворювання: забобони, стереотипи, фанатизм, страх правди, почуття ненависті та провини. зона розташування симптомів захворювання: встановлення та підтримка відносини із самим собою, сім'єю, іншими людьми, різними групами; ставлення до тварин, рослин та речей.

Форма уникнення внутрішнього конфлікту у сфері майбутнє/фантазія.

симптоми захворювання: нестримні фантазії, усунення від дійсності, нав'язливі дії та уявлення, вживання алкоголю та наркотиків. зона розташування симптомів захворювання: активізація фантазії, уяви та інтуїції.

Форма уникнення внутрішнього конфлікту у сфері діяльність/розум.

симптоми захворювання: Порушення уваги, пам'яті, труднощі прийняття рішення, проблеми самооцінки, перевантаження, стресові реакції. зона розташування симптомів захворювання: вирішення проблем та оптимізація діяльності. Можливі дві протилежні реакції: втеча в діяльність та втеча від діяльності.

- **Вправа «Скажи захворюванням бувай»**

Ціль: усвідомити як людина може жити без захворювання.

Інструкції. Згадайте метафору вашого захворювання, малюнок метафори захворювання, скульптуру захворювання, користь, яку ви отримуєте від вашого захворювання, конфлікт, який ви уникаєте за допомогою вашого захворювання. Зараз спробуйте зрозуміти, яким чином ви зможете жити далі без захворювання.

Подякуйте захворювання за те, що воно у вас було, за те, що ви завдяки ньому отримували і розкажіть як ви житимете без нього.

День 3

- **вправа «Прорив»**

Мета: ознайомитись із власними стратегіями у конфліктній ситуації. Інструкції. Розрахуйтеся на перший-другий. Перші номери постають у коло обличчям назовні. Другі номери постають навпроти перших. Так ми створили два кола - внутрішній та зовнішній. Також у нас є пари, в яких один партнер із внутрішнього кола, а інший – із зовнішнього.

За мою команду учасники зовнішнього кола починають рухатися за тимчасовою стрілкою. За сигналом тренера – зупиняються. Кожен має опинитися навпроти свого нового партнера із взаємодії. Завдання для партнерів із зовнішнього кола будь-яким способом прорватися в центр. Завдання для партнерів із внутрішнього кола -за будь-яких умов не впустити ворога. Тож почнемо перший поєдинок.

Питання для обговорення: Що ви робили, щоб прорватися в коло? Яку стратегію у конфліктній ситуації використали?

Вправа «Зворотній зв'язок» 60+ хв.

Мета: вербальне підбиття підсумків тренінгу, вираження емоційного ставлення учасників групи один до одного та до керівника.

Процедура: Учасники групи по колу мають можливість висловити думку, наскільки ефективним їм здався тренінг, наскільки він виправдав їхні очікування, що нового відкрив у галузі мотивації людської поведінки та у міжособистісних відносинах, чи вплинув на суб'єктивний рівень стресу конкретного учасника; можна також звернутися з реплікою безпосередньо до когось із групи або до її керівника.

Підведення підсумків.

Мета: систематизація та асиміляція отриманої протягом тренінгових занять інформації.

Інструкції. Згадайте, що відбувалося протягом тренінгових занять. Що нового ви дізналися? Як зможете використати набуті знання? Що сподобалося найбільше? Які висновки зробили собі?

Заключне слово тренера: Наше життя цікаве, сповнене багатьох несподіванок, і в ньому є те, що люди цінують найбільше, тому що це не можна придбати за жодні гроші - це здоров'я. Проблема людини та її здоров'я - вічна проблема, стрижнем якої є шлях до вільного гармонійного розвитку людини. Здоров'я - поняття багатопланове. Не лише відсутність хвороб, а й високий рівень добробуту, як матеріального, а й духовного, комфортне психологічне самопочуття, добрі соціальні взаємини.

Побажання 30 хв.

Унизу аркуша паперу кожний учасник пише своє ім'я. Після цього передає аркуш сусідові ліворуч. Той зверху пише побажання його «власнику», загинає аркуш так, щоб інші не могли бачити написане, і передає наступному учасникові зліва. Це триває доти, доки всі учасники тренінгу не напишуть побажання один одному.

ISSN 2617-0922 (Online)

ISSN 2617-0914 (Print)

**ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА
СТУДЕНТСЬКЕ НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО**

ВІСНИК

**СТУДЕНТСЬКОГО НАУКОВОГО ТОВАРИСТВА
ДОНЕЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА**

ВИПУСК 14

ТОМ 2

**Вінниця
ДонНУ імені Василя Стуса
2022**

ЗМІСТ

Історія та міжнародні відносини

<i>Анісов А. О.</i> Місце російсько-української війни у зовнішній політиці КНР	6
<i>Ахновський Д. В.</i> Аналіз відображення зброї у польському батальному живописі XIX–XX століття	10
<i>Берегута В. В.</i> Російське вторгнення в Україну у вітчизняних та іноземних ЗМІ: між війною та «військовою спецоперацією»	15
<i>Гринько Н. І.</i> Анджей Дуда: від кризової дипломатії до дипломатії примусу	21
<i>Грінас А. В.</i> Участь жінок у мирних процесах	25
<i>Дорош Н. В.</i> Місце військового компоненту в японській моделі «держави середньої сили»	29
<i>Костюк С. В.</i> Радянсько-єгипетські відносини за каденції Анвара Садата	33
<i>Лобода Д. О.</i> Політика адміністрацій президентів Барака Обама та Джо Байдена щодо агресії РФ проти України	39
<i>Мартинюк Л. О.</i> Гумор у дипломатії XXI ст.	43
<i>Паламарчук Ю. Д.</i> Історія України в путінській статті 2021 року: персональні марення чи усталені наративи?	46
<i>Піддубна О. І.</i> Жінки у суспільно-політичному житті Гетьманщини	51
<i>Пятіна Д. Д.</i> Типологія форм і методів московської пропаганди	54
<i>Слонська М. В.</i> Михайло Грушевський – номінальний глава держави чи батько-засновник Української Республіки?	58
<i>Солдатова Д. Л.</i> Brexit та особливі відносини між США та Великою Британією	62
<i>Черановська Т. О.</i> Глухів – гетьманська столиця	65
<i>Шевченко А. В.</i> Британська зовнішня політика після Brexit	68
<i>Щербина К. С.</i> Реакція ООН на початок повномасштабної агресії Росії проти України ...	72

Право

<i>Бойко В. С.</i> Щодо повноважень органів державного фінансового контролю у сфері публічних закупівель	77
<i>Борівська В. М.</i> Правовий аналіз особливостей укладення та виконання трудового договору з нефіксованим робочим часом	82
<i>Драч Д. Л.</i> Практичні та законодавчі підходи до розмежування цивільної юрисдикції від інших видів юрисдикцій	85
<i>Іваненко А. А.</i> Інститут електронних петицій в Україні	89
<i>Ровінська В. В.</i> Тенденції розвитку трудового права в умовах упровадження концепцій гідної праці та сталого розвитку	93

Філологія

<i>Безбах К. І.</i> Оцінні метафоричні позначення образу жінки в українській та німецькій лінгвокультурах	98
<i>Березнюк І. О.</i> Інтертекстуальний аналіз повісті «Острів КРК» Юрія Іздрика	103
<i>Борищук В. В.</i> Лексичний образ В. Зеленського та В. Путіна в інформаційних телеграм-каналах: контент-аналіз	107
<i>Дончевська Н. П.</i> Задоволеність працею персоналу організації, її форми та вплив на ефективність діяльності підприємства	112
<i>Жиліна Ю. І.</i> Інтерпретація драми Володимира Винниченка «Гріх» засобами кіно	115
<i>Жукотанська В. П.</i> Специфіка психосоматичних розладів, їх прояви та характеристика	118
<i>Корольова К. М.</i> Техніки маніпулювання масовою свідомістю	122

СПЕЦИФІКА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ, ЇХ ПРОЯВИ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА

В. П. Жукотанська

Анотація. У статті на основі теоретичного аналізу наявних публікацій з проблеми та емпіричних досліджень розглянуто основні причини виникнення психосоматичних захворювань, а саме особливості їх корекції та діагностики, концепції яких спираються на психологічні або зазвичай фізіологічні передумови, що зумовлює наявність великого спектру різних явищ, головну роль яких беруть на себе соматичні симптоми, що розглядаються як психопатологічні феномени та соматичні дисфункції (стрес та соматичні симптоми).

Ключові слова: емоційні порушення, дисфункції, психокорекція, психосоматика, хворі.

Переважає більшість досліджень розвитку психосоматичних захворювань та розладів спираються на психологічні або зазвичай фізіологічні передумови, що зумовлює наявність великого спектру різних явищ. Головну роль все ж таки відіграють соматичні симптоми, які розглядаються як психопатологічні феномени та соматичні дисфункції одночасно. Найголовнішим чинником виникнення таких розладів слугують стрес та соматичні симптоми. Всі ці види розладів спричинені дією певних чинників, а саме змінами деяких функцій головного мозку.

Психосоматичний розлад (захворювання) неможливо пояснити лише шляхом досліджуваної однієї із підсистем, а саме їх властивостей, психічної або соматичної. Такий стан в організмі людини виникає внаслідок двох чинників: взаємодія між підсистемами організму людини та саме з навколишнім середовищем. Саме тому дуже важливо чітко розуміти всі межі, та який саме чинник впливає на той чи інший стан людини, тому що за допомогою правильного розуміння цих зв'язків, можна ефективно вплинути на захворювання, в тому числі психотерапевтичними методами. Що призведе до покращення стану людини, і певною мірою врегулює внутрішні та зовнішні прояви розладів, які були виникненні під дією соматичних порушень [1].

Традиційно для конкретного визначення психосоматичних зв'язків розрізняють два основних підходи, які виникають саме у хворої людини: - першим - є психоцентричний, за допомогою якого можна дослідити вплив на розвиток хворої особи, а саме хронічного та гострого стресу з огляду на певні конституційні особливості та психічний стан хворого; другий - соматоцентричний, в рамках цього підходу досліджується вплив клінічних проявів пацієнта та перебіг стану (розладу) на суб'єктивне сприйняття свого захворювання самим пацієнтом. Також аналізуються соматогенні і психогенні стани, які зумовлювались психотравмуючими подіями, що саме й призвело до соматичного захворювання. Дуже важко вчасно все ж таки звернутись про

допомогу, коли вона вкрай необхідна, багато людей не дбає про свою самопочуття, тим самим шкодить і отруює себе, як зсередини так і зовні, і це ще більше спричинює загострення психосоматичного захворювання. Тому вкрай необхідно вчасно виявити всі симптоми, які подай трішки схожі до тієї чи іншої хвороби, задля свого ж блага [1; 2].

Проблема сучасної медицини стосовно психосоматичних захворювань - є однією із найбільших проблем, яка вивчається вже дуже довго, протягом декількох століть і саме стосовно неї існують неоднозначні погляди багатьох авторів.

А. Б. Смулевич визначав, психосоматичні розлади, як групу хворобливих станів, яка під дією психічних і соматичних факторів проявляється саме соматизацією психічних розладів, які мають вплив на саме соматичне захворювання, а також, коли соматична патологія розвивається під дією психогенних факторів. Психологія - одна з невід'ємних чинників, за допомогою якої визначають, що саме призвело до психосоматичного порушення, а також психіатрія, яка надає змогу адекватно оцінити та дослідити вплив на розлад психіки людини, що також призводить до психосоматичного захворювання. Соціологія дає змогу більш цілісно оцінити картину повсякденного впливу соціальних чинників на патологію [3].

З визначення, можна зробити висновки, що психосоматичні розлади можуть зустрічатись при різних захворюваннях. Тобто вони не є певною мірою настільки специфічними, що відносяться лиш до конкретних чинників.

У літературі прийнято вважати психосоматику, як науковий напрямок, який досліджує безпосередньо вплив психіки і функцій організму людини. Також важливим є дослідження емоційного стану людини, і те як вона під час нього може функціонувати, та які розлади можуть бути притаманні в тому чи іншому випадку.

Повернемось до загальноприйнятого визначення, що психосоматика - це галузь медицини, яка досліджує і лікує захворювання спричиненні патологією соматичних розладів, що зумовлені психогенними факторами.

Психосоматика не є самостійною галуззю в медицині, це підхід, який дає змогу розпізнати та дослідити всі фізіологічні, психічні, соціально-психологічні, екологічні та біологічні чинники та саме причини, які і призводять до появи патологічної соматичної хвороби у людини.

Надзвичайно велика зацікавленість та різні погляди фахівців в медичній галузі та психологічній, як на біологічний об'єкт, а не особистість людини її приналежність та ідентичність, і призвели до неправильних міркувань щодо цінностей та ідей і медицині. Як і в медицині так і в психології, застосовується психосоматичний підхід:- можна стверджувати, що саме це досягнення в якійсь мірі і об'єднало ці дві галузі науки, завдяки різноманітним методам дослідження та діагностування, надає фахівцю повну картину цілісного образу людини, та допомагає працювати більш конкретно та точно. Проблема людини в тому, що в силу соціальних умов він далеко не завжди має можливість висловити пережиті почуття [6].

Своєрідністю психосоматичних розладів є те, що їх можна дуже легко сплутати із симптомами іншого захворювання, яке має якісь певні ознаки притаманні психосоматичному розладу. Тому у більшості випадків пацієнтів діагностують невірно і вони змушені лікуватись у лікарів загального профілю, при цьому покращення або взагалі не буде, або буде значне покращення, яке має короткотривалий ефект. При цьому людина все одно буде перебувати у стані психосоматичного розладу, поки саме цю проблему не діагностують та не будуть виправляти. Одужання може здаватись- маревом, таким чином можна тільки завдати шкоди пацієнту обравши хибну терапію. В основу механізму придушення емоцій закладений стійкий конфлікт між інстинктивними потребами людини і фруструючим впливом зовнішнього (соціального) світу [4].

За даними ВООЗ, понад 40 % усіх пацієнтів, які лікуються у терапевтичних стаціонарах, належать до групи т. зв. психосоматичних хворих, тобто практично кількісно не поступаються гострим респіраторним захворюванням. Також було доведено вже неодноразово, що кожна людина мала депресію хоча б раз в житті, що супроводжувалась соматичними розладами.

У цілому можна затвердити, що фахівці не лише ототожнювали психосоматику з медициною та досліджували тільки її окремі форми та види, а й з іншими галузями знань. Важливою галуззю науки була фізіологія, яка безпосередньо досліджувала фізіологічні процеси та формування розладів спричинені психосоматикою [3]. Дослідження проблеми специфічності психосоматики Чиказькою школою на чолі з Дж. Поллоком, підтвердили вагомість поєднання психологічних, ендокринних, фізіологічних і середовищних факторів, що беруть участь у формуванні поведінки.

Існує багаторівнева система регуляції, для розуміння якої є модель гіпотез, запропонована професором кафедри психології та соціології Харківського інституту МАУП М. В. Вороновим:

1. Все живе функціонує шляхом чергування процесів розширення та звуження, синтезу і розпаду, надходження енергії і її витрачання.
2. Ситуація, що вимагає рішення, виникає в тому випадку, коли на шляху розширення або звуження є перешкода.
3. Перешкода народжує стимул, яким є бажання вижити самому і зберегти свій рід.
4. Хоча людина - система надскладне, число варіантів подолання перешкоди, свідомо чи несвідомо обирають їм, обмежена [6].

Таким чином, людина (його складові: організм і психіка), долає хаос нескінченної кількості виборів. Психічна діяльність людини співвідноситься з центральною нервовою системою (тобто головний і спинний мозок), і будь-який стан психіки людини, засновані на п'яти базових емоціях, обумовлює стан тіла.

Як правило, неправильно відреагувати або невідреаговані взагалі емоції, почуття не усвідомлюються, а лише проявляються психологічним дискомфортом, а згодом і відчутними проблемами з боку зміни звичного стану

тіла в негативному аспекті. Безсумнівно можна затвердити, що всі хвороби різні, вони лише можуть бути схожими, в певній мірі за деякими ознаки [4].

1. На першому етапі захворювання визначається психічними факторами: (стрес, невроз, психічна травма, психічна пригніченість); короточасними діями (депресія та смерть близької людини); хронічні фактори (певні невирішені проблеми, які заважають нормальному функціонуванню; комплекс неповноцінності) та тривалі (хвороба близької людини та рідні, конфлікти в сім'ї та на роботі).

2. Стрес це не єдине, з чого може починатись певне захворювання, але й будь який рецидив хвороби, іт оді все знову починається спочатку

3. Перебіг і виникнення захворювання у певній мірі вікових особливостей. Наприклад, бронхіальна астма до періоду статевого дозрівання в 2 рази частіше зустрічається у хлопчиків, ніж у дівчаток, у той час як у більш зрілому віці - частіше у жінок, ніж у чоловіків Найбільш уразливою групою є середній вік, адже у період середнього віку відбуваються зміни структури і функції внутрішніх органів і систем організму [6].

Така різниця визначається не тільки генетичною схильністю до певного типу захворювань, але й характером та іншими особливостями особи. Якщо у людини запальна, збуджена, схильна до агресивної реакції та вимушена їх стримувати, то зазвичай підвищується артеріальний тиск, а якщо у особа сором'язлива, із вразливим характером, невпевнена в собі та має комплекс неповноцінності спостерігатиметься – виразковий конфлікт.

Повернемось до визначення, що психосаматичні хвороби - це розлади порушення певної адаптованості організму, тобто комфорт та захист. Стрес – це те що зазвичай супроводжує людей майже постійно, тому що певний вихід із зони комфорту, і ми вже провокуємо на стрес. Ми не підвладні уникнути бодай маленького впливу стресу, тому що ми не можемо контролювати чинники які впливають на нас із навколишнього середовища, які в тій чи іншій мірі виникають таку подразливу реакцію організму. Якщо говорити, як можна його позбутись, то відповідь буде тільки одна – смерть. Але якщо стрес може бути спричинений як і позитивними так і негативними чинниками навколишнього середовища, то коли цей вплив надзвичайно високий, ми не в силах справитись з таким потужним впливом, і як наслідок виникає хворобливий стан. Межа між адаптацією та хворобою, є умовним і залежить не тільки від сили й тривалості самого чинника, який безпосередньо призвів до такого стану, але й від того в якому психологічному та фізичному стані знаходиться людина. Зрозуміло, що у здорової як і духом так і фізичної, молодшої людини, яка налаштована більш оптимістично та не сприймає такий стан, як дуже важкий, адаптаційні можливості краще реагують на вплив різних факторів, ніж у хворої, слабкої, старої виснаженої людини, яка вже не раз піддавалась впливу важких стресових ситуацій.

В такому випадку і проявляється певний захисний механізм, як своєрідна оболонка, захисні реакції на не зване та не припустиме, з боку сприйняття психіки всіх негативних факторів та чинників, які зазвичай і дають збій у вже налагодженій системі [6].

Безпосередньо зв'язок між тілом та психікою здійснюється завдяки вегетативній нервовій системі, а саме може проявлятися у вигляді різних реакцій з боку вегето-судинної сторони. Тому саме початковий чин людини, дає змогу зрозуміти чи вона буде активно боротися із проблемою, або ж залишиться у пастці і прирече себе на так зване руйнування.

Психогенна ситуація як провокує чинник запускає спочатку загальну неспецифічну реакцію адаптації.

Найчастіше зустрічаються три типи таких реакцій:

1) реакція з боку видільних органів - слинотеча, пітливість, блювання, прискорене сечовипускання, пронос ("ведмежа хвороба"). Можуть виникати при хвилюванні перед іспитом, відповідальним доповіддю і т.д.;

2) температурна реакція. Підвищення температури часто спостерігається у дітей в будь-якій стресовій ситуації (прорізування зубів, сильний плач, перевтома). Температурна реакція характерна і для деяких жінок, причому в тривалій психотравмуючій ситуації може триматися субфебрилітет ($37,0-37,5^{\circ}\text{C}$);

3) реакція з боку серцево-судинної системи у вигляді серцевих спазмів, підвищення артеріального тиску, прискореного серцебиття [5].

Будь-яка неспецифічна реакція може супроводжуватися тривогою або страхом. При повторних діях психогенних факторів або в умовах тривалої психотравмуючої ситуації у відповідь реакція на стрес набуває специфічності у вигляді ураження окремих органів і систем організму. Іншими словами, уражається орган-"мішень", що має до цього спадкову схильність. На початковому етапі соматичні розлади функціональні і в ряді випадків маскують або зашторювати психічні захворювання (неврози, депресії). Надалі хвороба приймає стійкий або навіть безповоротний характер, що ускладнює її лікування.

Підсумовуючи вищевикладені результати теоретичних досліджень, можна зробити такі підсумкові висновки, що в ході роботи методом дослідження теоретико-методологічних основ психосоматичного підходу був розкритий зміст понять «психосоматика» та «психосоматичні розлади». Також проаналізувавши матеріали що до основних теоретичних підходів психосоматики було встановлено, що на пряму впливають психологічні чинники на перебіг соматичної хвороби. Тобто саме реакцію на соматичні прояви справляє певна група хворобливих станів, яка і призводить до погіршення та загострення соматичного стану особи, формування спільних симптомокомплексів- соматизованих психічних порушень та розладів. Було виявлено, що не менш вагомою стороною, яка погіршує та спричиняє соматичні порушення являється стрес та всі його похідні. Стресогенні фактори, що викликають в організмі специфічні та неспецифічні фізіологічні, психологічні й поведінкові реакції, з одного боку, можуть сприяти адаптації до нових умов, з іншого — призвести до розвитку патологічних процесів, де вирішальну роль відіграють емоції. Розуміння ролі емоційного фактору у виникненні та прогресуванні соматичних розладів, а також протилежний процес - виникнення

розладів психоемоційної сфери як відповідь на гостре чи хронічне захворювання внутрішніх органів, є особливо важливим.

Abstract. The article, based on a theoretical analysis of existing publications on the problem and empirical research, examines the main causes of the occurrence of psychosomatic diseases, namely, the peculiarities of their correction and diagnosis, the concepts of which are based on psychological or usually physiological prerequisites, which leads to the presence of a wide range of different phenomena, the main role of which is taken on oneself somatic symptoms, considered as psychopathological phenomena and somatic dysfunctions (stress and somatic symptoms).

Key words: emotional disturbances, dysfunctions, psychocorrection, psychosomatics, patients.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Ромек В. Г. Поведенческая психотерапия: учебное пособие. Москва, ИЦ «АКАДЕМИЯ». 2012. 192 с.
2. Райх В. Функции Организма. Москва. Университет. 2007. 205 с.
3. Фролова Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья: учебн. пособие. Минск. ЕГУ. 2013. 172 с.
4. Психосоматическая патология: генезис и подходы к коррекции. Кришталь В.В. Международный медицинский журнал. Т. 7, № 1. 2011. С. 37-40.
5. Patients do not demand and doctors do not misunderstand – how medically unexplained symptoms become medicalize. Persaud R. Psychosom. Med. V. 68 (6). 2016. P. 993-997.
6. Hysteria and catatonia as motor disorders in historical context. Shorter E. Hist. Psychiatry. V. 17 (68). 2016. P. 461-478.



Я-КОНЦЕПЦІЯ ОСОБИСТОСТІ ТА ЇЇ СУБ'ЄКТИВНО- ПСИХОЛОГІЧНА СТРУКТУРА

*В. П. Жукотанська, здобувачка вищої освіти
Донецький національний університет імені Василя Стуса*

Протягом тривалого часу вчені виявляють все нові підходи до вивчення «Я-концепції» і розглядають її у ще більш широкому аспекті. Тому дана тематика не втрачає свою актуальність і дотепер, адже суспільство постійно змінюється, і ті компоненти які колись наповнювали людину певним змістом, сьогодні вже описуються та трактуються по своєму. Я-концепцію прийнято вважати, як стрижневе утворення онтогенетичного розвитку людини. Тобто певний набір усвідомлення та уявлень особистості про себе та свою ідентичність, виокремлення свого цілісного, самостійного образу «Я». Досліджуючи обрану проблематику розглянемо вітчизняні, а також зарубіжні підходи до розуміння Я-концепції та її психологічної структури; проведемо аналіз між відмінностями Я-концепції, факторами її розвитку та особливостей стосовно психологічних чинників з різних поглядів.

Я-концепція може виникати, як усталений образ особистості в процесі соціальної та психологічної взаємодії, як результат певного розвитку. Вона супроводжує людини впродовж всього її існування, тобто від народження і аж до смерті, відповідаючи за всі аспекти внутрішніх переживань та генерацій у людини, зумовлюючи тим чи іншим вибором на життєвому шляху індивіда (Гуменюк О., 2017).

Проблема психосоматичної єдності, стає дедалі цікавішою та мало досліджуваною. Багато із великих вчених приділяли досить велику увагу, саме психосоматичним розладам та їх проявам у різних вікових категоріях людей та ланках суспільства. Так як здоров'я людини є однією із найбільших цінностей, питання яке торкається психологічного стану здоров'я є вкрай необхідним для досконалого з'ясування. Тому, саме проблематика психосоматичної цілісності

особистості, є досить актуальною в нас час і в теоретичному, і в практичному аспекті. В першу чергу потрібно звертати увагу не тільки на вже явні симптоми, які організм вже вимушено подає, але й емоційна сторона, свій психологічний стан. Адже саме через порушення певного балансу в організмі людини, можуть виникати та провокуватись тяжкі захворювання, що згодом перейдуть у хронічний стан, якщо вчасно не звернути увагу на проблему.

С. Л. Рубінштейн визначив якість суб'єкта як причину активності людини, її здатність до самостійності, самодетермінації і самовдосконалення (Рубінштейн С. Л., 2016).

У структурі Я-концепції В. В. Столін виділяє: фізичний образ «Я» (потреба у благополуччі); диференційований образ «Я» (характеризує знання про себе та про інших людей, виділяє головні аспекти свого образу, індивід відчуває власну унікальність та значимість); соціальні ідентичності (статеві, вікові, етнічні, соціально-рольові, які вказують до потреби перебування у всіх аспектах одночасно) (Столін В.В., 2013).

Однією із важливих функцій Я-концепції – забезпечення внутрішньої узгодженості людини самій із собою, відносної сталості її поведінки. Розвиток особистості ще з малечку перебуває під дією батьківських взаємостосунків, в усіх її формах (поведінка, діяльність, спілкування, вчинки, розвиток, прояви любові). Завдяки структурному, інтегруючому чиннику вплив Я-концепції дуже вагомий для розвитку особистості, та правильного світосприйняття себе в цілому. Для того щоб Я-концепція мала право на життя, кожна людина повинна себе реалізовувати, як окремий організм із своїм комплексом всіх потреб та розуміння себе як особистості з своєю стороною унікальності. Тобто має бути розширений світогляд де є чітке розуміння своїх цілей та завдань, прогнозів на майбутнє та реалізація себе, відповідна система очікувань та самостановлення своєї ідентичності та унікальності (Гуменюк О., 2017).

Розуміння Я-концепції як сукупності установок "на себе" чітко зафіксовано Р. Бернсом. У відповідності з цим розумінням, три елемента

установки (когнітивний, емоційний і поведінковий) стосовно Я-концепції конкретизується наступним чином:

- 1) Образ Я-уявлення індивіда про себе самого (когнітивна складова).
- 2) Самооцінка - афективна оцінка цього уявлення, яка може мати різну інтенсивність, оскільки конкретні риси образу Я можуть викликати більш чи менш сильні емоції, пов'язані з їх прийняттям чи засудженням.
- 3) Потенційна поведінкова реакція, тобто ті конкретні дії, які можуть бути викликані образом "Я" та самооцінкою (Бернс Р., 1982).

У сучасній психології зазвичай прийнято вважати людину, як суб'єкт життєдіяльності, який сам формує свою діяльність, а також людину, яка наділена здатністю до саморегуляції та свідомої картини образу свого «Я». Психологія і виділяє безпосередньо людину, як носія активності та чіткого саморозвитку. Тому, в першу чергу, стосовно аналізу суб'єктності, яка розглядається властивістю, звертають увагу на якості особистості, які дають конкретну оцінку позиції людини.

За Л.І. Анциферовою, в основі суб'єктності лежить ініціативно-творчий початок, який має екзистенціальне значення для людини, виступає умовою її життя. Особистість як суб'єкт «творить» себе, вибудовуючи простір власного життя, унікальний життєвий світ, ставить цілі, обирає стратегії життя, створює умови для розвитку власної особистості, протистоїть тиску несприятливих соціокультурних чинників (Анциферова Л. І., 2012).

Г.О. Балл розглядає суб'єктність у контексті особистісної свободи і пов'язує її з такими рівнями активності, в становленні яких значну роль відіграють внутрішні фактори особистості: ініціативний, вольовий, творчий, надситуативний, самоуправління (Балл Г. О., 2007).

Так Р. Бернс називає цей процес становлення Я-концепції «самореалізуючою лінією розвитку». Таке розрізнення процесу і продукту в психологію було введено У. Джеймсом у вигляді розрізнення «чистого Я» та «емпіричного Я» (Бернс Р., 1982).

Ці дві сторони глобального Я існують узгоджено, одна із яких є чистий досвід (Я-усвідомлююче), а друга – зміст цього досвіду (Я-як об'єкт). За У. Джеймсом Я як об'єкт охоплює все, що можна назвати своїм. Виходячи з цього автор виділяє такі складові Я-концепції: духовне Я, матеріальне Я, соціальне Я, та фізичне Я (Джеймс У., 1950).

Людина чітко розмежовує свої почуття та враження, які несуть для неї свій окремий зміст та значимість, з огляду на минулий досвід та майбутній розвиток. Тому тільки тоді, коли людина наповнена певними враженнями та особистісними переживаннями стосовно себе, які в свою чергу несуть для індивіда чуттєву інформацію та емоції, то лише тоді в особистості проявляється Я-концепція. Коли всі враження співвідносяться її чуттєвим переживанням, індивід рухається на шляху до самовдосконалення та самоусвідомлення, а минулі установлені враження стають лише проміжними і допомагають в усвідомленні нових вражень (Бернс Р., 1982).

Більшість людей протягом всього свого життя формують свою позицію, яка була для них усталеною та незмінною ще з дитинства, і формують головні аспекти образу Я та рівня самооцінки. Тому для того щоб ці компоненти видозмінились повинен бути тиск та негативний аспект з боку суспільного та психологічного боку, тоді людина під дією стресової ситуації вимушена мислити інакше.

В. В. Столін розкриває самоставлення особи так: «Внутрішньоособистісні перепони, їх зіткнення у вчинку – реальному або лише уявному є основою ставлення до себе – головною складовою значення «Я»». Тобто у свідомості таке ставлення до образу «Я» має подвійну трансформацію. Емоційна трансформація полягає у виникненні почуттів та емоцій, які були спрямовані на самого себе, а когнітивна трансформація виділяє ставлення до себе через призму суб'єктивності наділену себе окремими рисами, тобто самосприйняття (Столін В.В., 2013).

Таким чином значення Я виникає в результаті співвідношення та взаємодії властивостей особистості з її мотивами діяльності. Я-концепція

зазвичай розвивається у діяльності та взаємодії із іншими, у вчинку, що виступають для неї як випробування для підтвердження властивостей Я-концепції та становлення суб'єктності.

Ще одним із важливих аспектів Я-концепції, є не лише її Я-образ але і Я-вчинок та Я-духовне, саме тоді, коли всі аспекти будуть гармонійно поєднанні та співіснувати, як один цілий механізм, і буде вбачатись теоретична рефлексія стосовного всіх психологічних чинників для створення позитивної, гармонійної Я-концепції.

Отже, теоретична модель становлення позитивно-гармонійної Я-концепції залежить від певного потенціалу: 1) обумовлює концепцію, як багатомодульне психоутворення стосовно єдності та самосвідомості людини; 2) визначає залежність її головних складових, а також головних рис її функціональної особистості; 3) вказує на внутрішні передумови актуалізації проблеми соціальної та особистої ідентифікації.

Підсумовуючи вищевикладене можна узагальнити, що Я-концепція – це динамічна система уявлень людини про свою приналежність про свою сутність, про самого себе, як цілісного образу. Вона включає глибоке осмислення та усвідомлення усіх аспектів людської значимості своїх інтелектуальних та фізичних властивостей, свою самооцінку та формує ставлення до всіх факторів, які впливають на суб'єктивну оцінку з боку інших зовнішніх чинників. В процесі становлення Я-концепції виникає результат психічного розвитку людини, який може видозмінюватись під дією різноманітного впливу з боку інших стресових чинників. Саме завдяки функціям Я-концепції особистість має змогу захистити себе від осуду та негативних факторів, які можуть подавляти психофізіологічний стан здоров'я людини та заважати її нормальному функціонуванню в цілому.

ДОВІДКА

про впровадження результатів експериментального дослідження
здобувачки вищої освіти ОС «Магістр» Донецького національного
університету імені Василя Стуса

Жукотанської Вікторії Павлівни

на тему: «ОСОБЛИВОСТІ Я-КОНЦЕПЦІЇ У ОСІБ З
ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ»

Результати експериментального дослідження Жукотанської Вікторії Павлівни було впроваджено в робочий процес Подільського регіонального онкологічного центру Вінницької області (м. Вінниця).

Жукотанська В. П. визначила специфіку формування змін Я-концепції осіб різних груп з різними психосоматичними захворюваннями.

Автором обґрунтовано та експериментально перевірено ефективність корекційної програми формування уявлень про важливість цілісної та позитивної Я-концепції у людей з психосоматичними розладами.

Результати контрольного експерименту показали дієвість проведеної роботи та її ефективність.

Жукотанською В. П. запропоновано практичні рекомендації для психологів, лікарів, що надають свої послуги у закладах охорони здоров'я щодо ефективного формування уявлень про сутність самооцінки та психологічної рівноваги.

«15» листопада 2022 р.

В.О. Директора
Подільського регіонального
онкологічного центру
Вінницької області



Слободянюк Г. Г.

ДЕКЛАРАЦІЯ АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ

Прізвище, ім'я, по батькові

Факультет

Шифр і назва спеціальності

Освітня програма

ДЕКЛАРАЦІЯ АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ

Усвідомлюючи свою відповідальність за надання неправдивої інформації, стверджую, що подана кваліфікаційна (магістерська) робота на тему:

« _____ »

є написаною мною особисто.

Одночасно заявляю, що ця робота:

- не передавалась іншим особам і подається до захисту вперше;
- не порушує авторських та суміжних прав, закріплених статтями 21–25 Закону України «Про авторське право та суміжні права»;
- не отримувалась іншими особами, а також дані та інформація не отримувались у недозволений спосіб.

Я усвідомлюю, що у разі порушення цього порядку моя кваліфікаційна робота буде відхилена без права її захисту, або під час захисту за неї буде поставлена оцінка «незадовільно».

(дата)

(підпис здобувача освіти)