МІНІСТЕРСТВО ФІНАНСІВ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ПОДАТКОВИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціально-гуманітарних технологій,

спорту та реабілітації

Кафедра психології, педагогіки та суспільних дисциплін

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

а тему: **Профілактичні заходи виникнення психосоматичних розладів офісних працівників**

добувача вищої освіти
ругого (магістерського) рівня
ІСМ-22-1 групи,
пеціальності 053 «Психологія»
ОПП «Психологія. Психологія
ізнесу» **Є.І. Шиманський**

підпис здобувача вищої освіти

Науковий керівник **Л.М. Клевець**

підпис наукового керівника к.психол.н., доцент

Гарант освітньо-
рофесійної програми **О.О. Нежинська**

підпис керівника ОПП к. психол.н., доцент

Допущено до захисту за рішенням кафедри
психології, педагогіки та суспільних дисциплін
протокол від «1» грудня 2023 р. № 7
Завідувач кафедри **І.О. Пєтухова**

підпис к. пед. н., доцент

Ірпінь – 2024

Реєстрація № 1 15.01.2024 _____

(дата) (підпис відповідальної особи)

Результати перевірки до *захисту* 01.12.2023 _____

(до захисту, на доопрацювання) (дата) (підпис)

Результат захисту 95 07.02 _____

(оцінка) (дата) (підпис)

Голова комісії: _____ С.І. Корсун

(підпис) (ініціали, ПІБ)

Члени комісії: _____ О.О. Нежинська

(підпис) (ініціали, ПІБ)

_____ Л.В. Романюк

(підпис) (ініціали, ПІБ)

_____ М.Ю. Заушнікова

(підпис) (ініціали, ПІБ)

МІНІСТЕРСТВО ФІНАНСІВ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ПОДАТКОВИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціально-гуманітарних технології, спорту та реабілітації

Кафедра психології, педагогіки та суспільних дисциплін

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Психологія. Психологія бізнесу»

Затверджую
Завідувач кафедри
психології,педагогіки
та суспільних дисциплін

_____ І.О. Пєтухова

дання на кваліфікаційну роботу
бувача вищої освіти
манського Євгена Івановича

Тема кваліфікаційної роботи: **Профілактичні заходи виникнення хосоматичних розладів офісних працівників**

Затверджена наказом ректора від 17. 11. 2022 № 1216

Термін подачі закінченої роботи: 25.12.2023

Цільова установка: полягає у визначенні проблеми профілактичних заходів хосоматичних розладів професійної діяльності у вітчизняній та зарубіжній ературі; розкриті психологічних механізмів розвитку і становлення хосоматичних розладів у професійний діяльності; організації методів та методик оведення емпіричного дослідження вибору стратегій профілактичних заходів хосоматичних розладів: *організаційно-технічних, медико-психологічних, іально-психологічних та психопрофілактичних.*

Мета роботи полягає: у виявлені психологічних особливостей становлення хосоматичних розладів працівників офісу; основних напрямків профілактичних ходів і способів оптимізації стратегій, що можуть зробити прогноз гіпотези слідження.

Об'єкт дослідження: «Психосоматичні розлади працівників офісу»

Предмет дослідження: Профілактичні заходи виникнення психосоматичних ладів офісних працівників.

База дослідження: підприємства приватного нотаріуса Бучанського районного таріального округу Київської області (м. Буча, м. Ірпінь).

За *результатами дослідження* сформульовані проблеми, пов'язані з виявленням психосоматичних розладів у працівників офісу та описані методики щодо профілактичних заходів щодо їх корекції.

Вихідні дані до роботи: аналіз організації приватного нотаріуса Бучанського міського нотаріального округу Київської області (м. Буча, м. Ірпінь).

Час виконання кваліфікаційної роботи 2024 р.

Час захисту роботи січень 2024р.

Календарний план виконання роботи

Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	
	За планом	Фактично
2	3	4
Вибір теми, вивчення літературних джерел та складання плану роботи	30.10.2022	30.10.2022
Підготовка першого розділу роботи та подання її керівнику	30.03.2023	25.05.2023
Підготовка другого розділу роботи та подання її керівнику	30.06.2023	30.06.2023
Підготовка третього розділу роботи та подання її керівнику	20.09.2023	27.09.2023
Доопрацювання роботи з урахуванням зауважень керівника	20.10.2023	30.10.2023
Попередній захист роботи	01.12.2023	20.11.2023
Отримання відгуку керівника роботи	20.12.2023	27.12.2023
Публікація тез у збірнику наукових матеріалів	до 20.12.2023	20.04.2023
Отримання зовнішньої рецензії	15.01.2024	16.01.2024
Допуск роботи зав. кафедри до захисту	15.01.2024	15.01.2024
Захист роботи	07.02. 2024	07.02.2024

Дата видачі завдання «19 » грудня 2022

Керівник кваліфікаційної роботи _____ Л.М. Клевець

Керівник освітньо-професійної програми _____ О.О. Нежинська

Завдання до виконання отримав здобувач вищої освіти

_____ Є.І. Шиманський

АНОТАЦІЯ

Профілактичні заходи виникнення психосоматичних розладів офісних працівників

Мета дослідження: у виявлені психологічних особливостей становлення психосоматичних розладів працівників офісу; основних напрямків профілактичних заходів і способів оптимізації стратегій, що можуть зробити прогноз гіпотези дослідження.

Завданням роботи є:

1. Проаналізувати теоретичний аналіз досліджень теоретико-методологічних концепцій та підходів до вивчення феномена профілактичних заходів виникнення психосоматичних розладів.
2. Емпірично дослідити детермінанту вибору стратегії позитивних змін у профілактичних заходах виникнення психосоматичних розладів.
3. Визначити механізми розвитку та становлення зовнішніх і внутрішніх особистісних чинників виникнення психосоматичних розладів працівників офісу.
4. Описати методики дослідження вибору стратегії профілактичних заходів виникнення психосоматичних розладів.

Предмет дослідження: Профілактичні заходи виникнення психосоматичних розладів офісних працівників.

***Об'єкт дослідження*:** «Психосоматичні розлади працівників офісу»

***База дослідження*:** підприємства приватного нотаріуса Бучанського районного нотаріального округу Київської області (м. Буча, м. Ірпінь).

Практична значущість дослідження міститься у виборі профілактичних заходів виникнення психосоматичних розладів офісних працівників і є важливим завданням охорони здоров'я та безпеки праці.

Ключові слова: психосоматичні розлади, стрес, синдром «вигорання», професійні деформації, фази, профілактика, зовнішні та внутрішні чинники.

Кваліфікаційна робота містить 109 сторінок. Список літератури містить 60 наукових джерел, 7 таблиць, 6 додатків.

Рік виконання кваліфікаційної роботи 2023р.

Рік захисту роботи 2024

ABSTRACT

Preventive measures of psychosomatic disorders of office workers

The purpose of the study: to identify the psychological characteristics of the state of psychosomatic disorders of office workers; the main directions of preventive measures and ways to optimise strategies that can make a forecast of the hypothesis of the study.

The objectives of the work are:

1. To analyse the theoretical analysis of studies of theoretical and methodological concepts and approaches to the study of the phenomenon of preventive measures for the occurrence of psychosomatic disorders.
2. To empirically investigate the determinant of the choice of a strategy for positive change in preventive measures for psychosomatic disorders.
3. To determine the mechanisms of development and formation of external and internal personal factors of psychosomatic disorders in office workers.
4. To describe the methods of research on the choice of strategy for preventive measures of psychosomatic disorders.

The subject of the study: Preventive measures of psychosomatic disorders of office workers.

Object of research: "Psychosomatic disorders of office workers"

Research base: enterprises of a private notary of the Bucha district notary district of the Kyiv region (Bucha, Irpin).

The practical significance of the study lies in the choice of preventive measures for the occurrence of psychosomatic disorders of office workers and is an important task of health and safety.

Key words: psychosomatic disorders, stress, burnout syndrome, occupational deformities, phases, prevention, external and internal factors.

The qualification work consists of 109 pages. The bibliography includes 60 scientific sources, 7 tables, 6 appendices.

Year of completion of the qualification work 2023.Year of defence 2024

ЗМІСТ

Вступ…… 9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРІЯ ТА МЕТОДОЛОГІЯ ВИВЧЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ
1. 1. Визначення проблеми профілактичних заходів психосоматичних розладів професійної діяльності у вітчизняній та зарубіжній літературі. 17
1.2. Психологічні механізми розвитку і становлення психосоматичних розладів у професійний діяльності……... 24
1.3. Фактори, що впливають на вибір профілактичних заходів психосоматичних розладів…….. 35
Висновки до1 розділу……. 41

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИБОРУ СТРАТЕГІЙ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ПОДОЛАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ
2.1. Організація методик емпіричного дослідження та опис групи досліджуваних…… 46
2.2. Методи та методики проведеного емпіричного дослідження вибору стратегій профілактичних заходів психосоматичних розладів 52
Висновки до 2 розділу…… 64

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ МОДЕЛЕЙ ВИБОРУ ПРОФІЛАКТИЧНИХ СТРАТЕГІЙ ЗМІН ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ
3.1. Особливості вибору моделей практичних заходів профілактики психосоматичних розладів: організаційно-технічні, медико-психологічні, соціально-психологічні та психопрофілактика…….. 68
3.2. Взаємозв'язок характеристик та моделей вибору профілактичних заходів до позитивних змін психосоматичних розладів…… 75
Висновки до 3 розділу…….. 82
ВИСНОВОК…… 85
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…… 87
ДОДАТКИ…… 93

ВСТУП

Актуальність теми.

Актуальність дослідження проблем професійних деформацій та емоційного вигоряння, як комплекс своєрідних, взаємопов'язаних змін окремих якостей та особистості в цілому, що виникають внаслідок виконання професійної діяльності працівників офісу сьогодення, набуло особливого значення і потребує кардинальних змін, як у соціально-економічному, так і воєнному станах Країни. При цьому на особистісному рівні професійні деформації є відхиленням від певного соціального орієнтиру, професійної вимоги, де спостерігаються відмінності в інтенсивності впливу специфіки діяльності на розвиток зазначеного явища на роботі. Офісні працівники є однією з найбільш уразливих груп населення для розвитку психосоматичних розладів. Це пов'язано з тим, що їхня робота часто пов'язана з високим рівнем стресу, емоційними навантаженнями та іншими факторами, які можуть призвести до розвитку психосоматичних захворювань.

Важливе місце серед особистісних особливостей, які виступають проявами професійної деформації, приділяється підозрілості, нахабства, грубості, запальності, користі, страху, владолюбству, жорстокості тощо. Діяльність співробітників, пов'язана з нервовими зривами, проявляється не тільки по відношенню до об'єкта праці, але і до всього, що відбувається в різних сферах життєдіяльності.

За даними існуючих досліджень професійна деформація особистості проявляється, як явище зі зниженням активності, відповідальності та мотивації праці, з безініціативністю, байдужістю, байдужістю до роботи, формалізмом та небажанням приймати на себе відповідальність тощо. При професійної деформації особистості відбувається перенесення способів та принципів виконання професійної діяльності у побут, сім'ю та інші позаслужбові сфери.
Професійна деформація особистості як феномен, що відноситься до сфери ділового спілкування і що виражається в зародженні психологічних (комунікативних) бар'єрів, відсутності жалості та співчуття до переживань

інших людей, виникнення «байдужості до проблем громадян» проявляється в «емоційному вигорянні».

Тому необхідність удосконалення системи професійної підготовки співробітників офісу надає особливої актуальності роботам з вивчення відповідності вимогам професійної діяльності та професійної стресостійкості. «Невигорілим» співробітникам властиві ширший репертуар реагування в конфлікті та гнучкість поведінкової сфери та явного прояву високих професійних якостей.

Однією з основних завдань виховної роботи зі співробітниками є розвиток комунікативної компетентності, практичних навичок та умінь професійно-грамотного спілкування у колективі. Досягнення цього завдання бачиться можливим не тільки у ході виховної роботи з особовим складом, а й у рамках освітнього процесу, крім того, виступає однією з заходів психолого-педагогічної профілактики професійної деформації особистості та емоційного вигоряння.

Дуже небезпечним є небажання співробітників самовдосконалюватись, підвищувати свою кваліфікацію та самоутворюватися. Таке розуміння поєднується з відчуттям застою у розвитку, слабкому баченні подальших перспектив кар'єрного та особистісного зростання у рамках відомства. У той самий час підвищення кваліфікації, можливість обміну досвідом під час проведення різних форм виховної роботи можуть сприяти як профілактики, так і подолання професійної деформації особистості офісних працівників.

Професійна деформація супроводжується відтінками надмірної підозрілості, емоційного вигоряння, що розуміється як емоційне виснаження, втома від роботи та байдужість до неї, перенесення професійної ролі у позаслужбову сферу. Більшого успіху в роботі домагаються ті зі співробітників, хто орієнтований не тільки на професійну діяльність, а й на підтримку спілкування зі значним мікросоціумом – сім'єю, друзями, товаришами з хобі.

Наукові дослідження професійної деформації особистості логічно зумовлюють розробку комплексного підходу до її профілактики, що включає

систему заходів організаційного, психологічного та виховного характеру. Особливе місце серед суб'єктів профілактики аналізованого явища покликані займати освітні організації, які здійснюють формування різних видів компетенцій працівника, вдосконалення конструктивної службової поведінки співробітників і здатності протистояти негативним впливам професії.

Отже, ефективність профілактики деформації особистості серед співробітників багато в чому залежатиме від організації даного виду роботи, що будується відповідно до принципів комплексності, адресності, масовості, позитивності інформації, мінімізації негативних наслідків, особистої зацікавленості та відповідальності учасників, максимальної активності особистості, регулярного позитивного самонастрою, спрямованості у майбутнє, актуалізації позитивних цінностей і цілей і включає різні форми і методи психопрофілактики, знання та застосування яких у профілактичній роботі зі співробітниками призведе до зниження деструктивної агресивності, зменшення кількості дисциплінарних правопорушень, знизить ризик суїцидальних спроб, допоможе співробітникам подолати різні види залежної поведінки.

Достатня розвиненість усіх компонентів та їхня цілісна єдність є показником високого рівня психоемоційної готовності офісного співробітника, його активності, самостійності та творчого підходу до діяльності, відповідає поняттю «професіоналізм». Відсутність одного або кількох компонентів або їх недостатня розвиненість свідчить про недостатній рівень його готовності у ефективному спілкуванні з співробітниками.

За наявності зазначених компонентів працівник може налаштуватися на певну поведінку, виконання дій, необхідні для досягнення поставленої мети; підготувати при необхідності матеріальну базу для виконання завдання або створити умови для цього (отримати інформацію, провести тренування, змоделювати схеми можливого розвитку подій). З початком дій уважно стежити за динамікою ситуації, свідомо керувати своїми емоційними станами та поведінкою в цілому(Кучеренко Олександр Іванович).

Отже, актуальність “Об’єкта” та “Предмета” нашого дослідження стає джерелом пошуку нових профілактичних заходів психосоматичних розладів працівників офісу.

Методики дослідження:

1. Використована методика за В.Ю. Щербатих **«Тестування стресу».** Метою дослідження цієї методики є виділення інтелектуальних, поведінкових, емоційних та фізичних ознак виникнення психосоматичних розладів.

2. Методика: **«Тест на самооцінку»** (Кузнецова О.В.)

3. Була використана методика «**Діагностика рівня емоційного вигорання»** за В.В. Бойко, в якій 84 твердження, орієнтовані на робочі умови, що спроектовані на професійні ситуації для працівників офісу. Метою дослідження цієї методики є: здійснити теоретичне та практичне дослідження аспектів виникнення феномену емоційного вигорання серед працівників офісу, основних його причин розвитку та розробити рекомендації стосовно профілактики та попередження даного синдрому за допомогою аналізу зарубіжної та вітчизняної літератури.

Гіпотеза дослідження: передбачається, що саме профілактичні заходи, спрямовані на підвищення стресостійкості організму офісних працівників, можуть сприяти зменшенню ризику розвитку психосоматичних захворювань.

Тому, завдяки такому дослідженню можливо не тільки з'ясувати яким шляхом людина може стати здоровою, а й допомогти реалізувати таке завдання.

Таким чином, згідно з метою, об`єктом, предметом дослідження та гіпотезою було поставлено такі ***завдання:***

1. Проаналізувати теоретичний аналіз досліджень теоретико-методологічних концепцій та підходів до вивчення феномена профілактичних заходів виникнення психосоматичних розладів.

2. Емпірично дослідити детермінанту вибору стратегії позитивних змін у профілактичних заходах виникнення психосоматичних розладів.

3. Визначити механізми розвитку та становлення зовнішніх і внутрішніх особистісних чинників виникнення психосоматичних розладів працівників офісу.

4. Описати методики дослідження вибору стратегії профілактичних заходів виникнення психосоматичних розладів.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань та доказів висунутих гіпотез у магістерській роботі було використано ряд методів:

1) *теоретичні*: вивчення, аналіз та узагальнення соціально-психологічної і медичної літератури з теми дослідження;

2) *емпіричні*: опитування, тестування; психологічний експеримент (констатуючий, формуючий);

3) *статистичні:* кількісний і якісний аналіз експериментальних даних за допомогою методів математичної статистики: кореляційного аналізу, Т критерію Вілкоксона.

Вибірка дослідження: в дослідженні приймали участь 40 осіб, поділених на 2 групи. За вибіркою учасників дослідження до першої групи увійшли 18 працівника офісу, що приділяли увагу власній самоактуалізації через отримання другої вищої освіти, навчаючись у закладах “Вищої освіти” за різними спеціальностями. До другої групи увійшли 20 досліджуваних які приділяли уваги власній самоактуалізації- займалися духовними практиками (медитація, йога), проходили курси психотерапії, тренінги приватного натаріуса Бучанського району (м. Буча, м. Ірпінь)

Наукова новизна дослідження полягає у:

- висвітленні принципів професійних деформацій і профілактики дослідження синдрому «вигорання» допомагає виявити рівні виразності синдрому (високий, середній та низький). На думку авторів, його доцільно використовувати для найпростіших досліджень, які дають можливість зорієнтуватися в наявності даної проблем;

- визначені індивідуальній варіативності чинників та ресурсів психологічного здоров’я у формуванні захисних механізмів особистості з урахуванням

життєвого досвіду та можливостей організму;

- емпірично виокремлено та описано типи осіб, які різняться за рівнем психосоматичних розладів;

- проблема емоційного вигорання має більш прикладне значення для дослідження і досліджується в проблемному полі організаційної психології, як специфічна професійна ситуація, що виникає на різних етапах трудової діяльності та навчання;

- увага до синдрому емоційного вигорання зумовлена й тим, що він впливає на все життя особистості, призводить до втрати здоров'я, психологічних проблем та деструктивних особистісних змін.

Практична значущість дослідження міститься у виборі профілактичних заходів виникнення психосоматичних розладів офісних працівників і є важливим завданням охорони здоров'я та безпеки праці. При відборі конкретного психодіагностичного інструментарію для діагностики психологічних особливостей емоційного вигорання, ми виходили з вимог, які пред'являються до психодіагностичних методик:

- *По-перше*, обрана методика повинна бути найменш трудомісткою з тих, які дозволяють отримати необхідний результат;

- *По-друге,* обрана методика повинна бути зрозумілою і доступною для випробуваного, припускати мінімум фізичних і психологічних зусиль на її проведення;

- *По-третє,* інструкція до методики повинна бути простою, короткою і зрозумілою без додаткових роз'яснень.

Ці заходи дозволяють знизити рівень захворюваності та інвалідності серед офісних працівників, підвищити їхню продуктивність праці та якість життя. Важливо, щоб профілактичні заходи були комплексними і включали в себе заходи з усіх трьох напрямків:

***Організаційно-технічні*: з**абезпечити достатню освітленість робочих місць, щоб уникнути перевтоми очей; регулярні перерви для відпочинку, щоб уникнути перевтоми опорно-рухового апарату; можливість для занять

фізичною активністю, наприклад, запровадити фізкультхвилинки або організувати спортивні секції для працівників.

Соціально-психологічні: створити дружній і комфортний колектив, де працівники відчувають себе цінними і потрібними; забезпечити можливість для професійного та особистісного розвитку працівників, наприклад, запровадити систему наставництва або навчання.

Медико-психологічні: проводити регулярні медичні огляди працівників, щоб виявити фактори ризику виникнення психосоматичних захворювань; проводити регулярні тренінги з управління стресом і психопрофілактики.

Це дозволить досягти максимального ефекту і знизити ризик виникнення психосоматичних захворювань серед офісних працівників.

Теоретичне значення профілактичних засобів запобіганню психосоматичних розладів полягає в тому, що: вони дозволяють краще зрозуміти природу цих захворювань і розробити більш ефективні методи їх лікування; спрямовані на те, щоб зменшити рівеняь стресу в житті людини, розвиток навичок емоційного регулювання, підвищення стресостійкості організму.

Апробація роботи: результати дослідження здобули апробацію на Міжнародній конференції (Ірпінь, квітень 2023), обговорювались на засіданні кафедри психології, педагогіки та суспільних дисциплін Державного податкового університету.

Структура кваліфікаційної роботи

Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та додатків. Основний зміст роботи викладено на 87 сторінках. Загальний обсяг роботи 105 сторінок. Список літератури містить 60 наукових джерел.

Робота містить 7 таблиць, 3 додатки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРІЯ ТА МЕТОДОЛОГІЯ ВИВЧЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

1. 1. Визначення проблеми профілактичних заходів психосоматичних розладів професійної діяльності у вітчизняній та зарубіжній літературі.

Проблема психосоматичних співвідношень - одна з найскладніших проблем сучасної медицини та психології, незважаючи на те, що тісний взаємозв'язок психічного і соматичного давно помічено. Цю проблему залежності вивчають ще із часів Гіппократа й Аристотеля, протягом кількох століть. У грецькій філософії і медицині була вже поширеною думка про вплив «душі та духу на тіло» [24].

Психосома́тика (грец. Ψυχή— *душа* і грец. σῶμα — *тіло*) — напрям у медицині (психосоматична медицина) та психології, що займається вивченням впливу психологічних (переважно психогенних) факторів на виникнення і подальшу динаміку соматичних (тілесних) захворювань. Згідно з основним постулатом цієї науки, основою захворювань є реакція на емоційне переживання, що супроводжується функціональними змінами і патологічними порушеннями в органах. Відповідна схильність може впливати на вибір органу або системи, що пошкоджуються [34].

Прийнято вважати, що психосоматична медицина - ровесниця минулого століття. Психосоматична медицина стара, як саме лікування.

Саме роз'єднаність лікарських спеціальностей і поглядів на людину і призвела до втрати ідеї про цілісність у роботі лікаря. У цієї проблеми є свої причини, насамперед - переважання аналізу як методу в медичній науці. Нині в медицині описано 10 000 симптомів і нозологічних форм, а для того, щоб успішно справлятися з хворобами людини, існує понад 300 медичних спеціальностей.

У період створення психосоматичної медицини як науки, що прагнула подолати розрив між тілесним і психічним, було створено жорстку однолінійну модель психосоматичного захворювання. Згодом її замінили уявленням про можливість виникнення будь-якого захворювання за взаємодії як фізичних, так

і психосоціальних чинників, що призвело до багатофакторної відкритої моделі хвороби. Через цю обставину на місце проблеми вузького кола психосоматичних розладів прийшов *інтегральний психосоматичний підхід*[36].

У 1818 р. німецький лікар із Лейпцига Хайнрот вперше ввів термін "психосоматичний". Йому належали слова: "Причини безсоння зазвичай психічно-соматичні, проте кожна життєва сфера може сама по собі бути достатньою для неї підставою". У 1822 р. німецький психіатр М. Якобі ввів поняття "соматопсихічне" як протилежне і водночас таке, що доповнює стосовно "психосоматичного". В наш час цей підхід поширився у 20-50-х роках XX століття. У галузі психосоматичної медицини працювали Ф. Александер, С. Джеліфф, Ф. Данбар, Е. Вейсс, О. Інгліш та ін. У 1939 році у США почалося видання журналу «Психосоматична медицина». У 1950 році було створено Американську «психосоматичну спілку».

У загальноприйнятий лікарський лексикон термін "психосоматика" увійшов лише через століття. Термін "психосоматичний" остаточно прижився в медицині завдяки віденським психоаналітикам (Дойч, 1953), і відтоді психосоматична медицина позначилася як "прикладний психоаналіз у медицині". Дойч, емігрувавши в сорокові роки до США, разом із колегами Фландерс Данбар, Францем Александером та ін. викликав інтерес до психосоматичних проблем, і вже до кінця 50-х років в американській науковій літературі було опубліковано близько 5000 статей про «соматичну медицину очима психологів» [39].

Прийнято вважати, що психосоматична медицина - ровесниця минулого століття. Однак ідеться при цьому не про виникнення нової концепції в медицині, а про відродження принципів медицини давнини, яка підходила до захворювання як до специфічно індивідуального явища, як до хвороби конкретної людини, хвороби *душі й тіла.* Психосоматична медицина стара, як саме лікування [37].

Існує досить велика кількість теорій та моделей виникнення психосоматичних захворювань та способів їх класифікації. Засновником

сучасної психосоматики вважається Франц Александер. Серед тих, хто розвивав цей напрям, слід назвати таких відомих аналітиків, як Адлер, Сонді.

Альфред Адлер, засновник індивідуальної психології, зробив значний внесок у розвиток психосоматики. Він розглядав психосоматичні захворювання як результат взаємодії між особистісними факторами та соціальними факторами. Центральною концепцією Адлера в психосоматиці є *комплекс неповноцінності.* Адлер вважав, що всі люди народжуються з певним почуттям неповноцінності, яке виникає через порівняння себе з іншими. Це почуття може бути викликане фізичними недоліками, такими як дефекти здоров'я або зовнішності, або психологічними недоліками, такими як низька самооцінка або почуття невпевненості. Люди з *комплексом неповноцінності* намагаються компенсувати це почуття, прагнучи до успіху та досягнень. Однак, якщо ці спроби не увінчуються успіхом, вони можуть призвести до розвитку психосоматичних захворювань. Адлер також вважав, що *соціальні фактори* відіграють важливу роль у розвитку психосоматичних захворювань. Він стверджував, що люди, які відчувають себе відокремленими від суспільства або не мають відчуття приналежності, більш схильні до розвитку психосоматичних захворювань. В основній теорії про психосоматику Адлер зазначає, що психосоматичні захворювання є результатом взаємодії між особистісними та соціальними факторами. Соціальні фактори, такі як відчуття відокремленості та неналежності, також можуть сприяти розвитку психосоматичних захворювань. Теорія Адлера про психосоматику є важливою, оскільки вона підкреслює роль особистісних факторів у розвитку цих захворювань. Вона також пропонує нові підходи до лікування психосоматичних захворювань, які фокусуються на зміні особистісних установок і поведінки людини [1].

Концепції Адлера у психосоматиці були розвинені його послідовниками, такими як Карен Хорні, Фріц Перлз, Вільгельм Райх. Вони вважали, що особистісні та соціальні фактори відіграють важливу роль у розвитку психосоматичних захворювань.

Відомий аналітик Леопольд Сонді, угорський психіатр і психолог, розробив *теорію* психосоматики, яка ґрунтується на ідеї про те, що психосоматичні захворювання є результатом конфлікту між особистістю і суспільством.
Центральною концепцією теорії Сонді є ***індекс Сонді*** - це число, яке вираховується на основі відповідей людини на тест Сонді, який є проективною методикою, що використовується для оцінки особистості [48].

Карен Хорні, американський психолог розглядала психосоматичні захворювання як результат взаємодії між особистісними факторами та соціальними факторами де центральною концепцією є базові потреби основи особистості: потреба в безпеці та любові, потреба в автономії та самореалізації, потреба в приналежності та прийнятті. Авторка вважала, що люди з психосоматичними захворюваннями мають проблеми з реалізацією саме цих базових потреб, відчуваючи себе у небезпеці, нелюбові стають обмеженими або відкинутими. Це може призвести до розвитку психосоматичних захворювань, які пов'язані з відчуттям тривоги або страху, такі як серцево-судинні захворювання або шлунково-кишкові захворювання, оскільки людина намагається знайти способи впоратися зі своїми емоціями у несприятливих соціальних умовах, то вона більш схильна до розвитку психосоматичних розладів. Карен Хорні пропонує нові підходи до лікування психосоматичних захворювань, які фокусуються на зміні особистісних установок і поведінки людини [56].

Фріц Перлз, австрійський психолог, засновник гештальттерапії, розглядав психосоматичні захворювання як результат блокування або відторгнення емоцій. Він вважав, що емоції є важливою частиною людської істоти і що вони повинні бути дозволені та виражені, але люди з психосоматичними захворюваннями мають проблеми з прийняттям своїх емоцій (гнів, страх, печаль або тривогу), але не можуть дозволити собі відчувати їх бо вони заблоковані або відторгнені на несвідомому рівні. Це може призвести до розвитку психосоматичних захворювань, оскільки тіло стає способом вираження цих емоцій. Автор вважав, що неповні дії (які не були завершені або

були виконані з почуттям незадоволення) можуть призвести до розвитку психосоматичних захворювань. Теорія Перлза підкреслює роль емоцій і поведінки в розвитку психосоматичних захворювань, які фокусуються на усвідомленні емоцій і повному завершенні дій [38].

Пол Гудман та Мартін Бубер вважали, що блокування емоцій і неповні дії можуть призвести до розвитку психосоматичних захворювань. Пол Гудман, американський психолог, розробив теорію психосоматики, яка ґрунтується на ідеї про те, що психосоматичні захворювання є результатом розриву між тілом і розумом. Центральною концепцією теорії Гудмана є ідея про цілісність людини. Гудман вважав, що людина є цілісною істотою, в якій тіло і розум нероздільні, а психосоматичні захворювання виникають, коли цей зв'язок між тілом і розумом порушується і чинниками виступають травми, стрес або інші фактори, які призводять до відчуття розриву між тілом і розумом. Тіло намагається привернути увагу людини до того, що відбувається в її житті.

Мартін Бубер був філософом, теологом і соціологом, який жив у 19 столітті. Він не писав безпосередньо про психосоматику, але його теорія діалогічного спілкування має важливе значення для розуміння психосоматичних захворювань. У своїй книзі "Я і Ти" (1923) Бубер стверджує, що людське існування є діалогічним. Ми завжди перебуваємо у відносинах з іншими людьми, і ці відносини формують нашу особистість і наше розуміння світу.

Бубер виділяє два основних типи стосунків: «Я –Ти» та «Я-Воно». У стосунках «Я –Ти» ми спілкуємося з іншою людиною як з цілісною особистістю. Ми визнаємо її цінність і унікальність, і ми щиро зацікавлені в її думках, почуттях і досвіді. У стосунках «Я-Воно» ми спілкуємося з іншою людиною як з об'єктом. Ми розглядаємо її як засіб для досягнення наших власних цілей, і ми не визнаємо її цінності як особистості [3].

Серед вітчизняних науковців питаннями психосоматичних розладів займались: В. М. Бехтерев, О. І. Ухтомський, А. Ф. Лазурський, І.Павлов, І. М. Сеченов, І. М. Догель.

В. М. Бехтерев (1857-1927), вважав, що психосоматичні захворювання є результатом взаємодії між психічними і соматичними процесами. Він розробив теорію про те, що психічні процеси можуть викликати зміни в соматичних органах і системах.

О. І. Ухтомський (1875-1942), основоположник вітчизняної фізіології вищої нервової діяльності, вважав, що психосоматичні захворювання є результатом порушення взаємодії між корою головного мозку і вегетативною нервовою системою. Він розробив теорію про те, що кора головного мозку має гуморальну функцію, яка може впливає на вегетативну нервову систему.

А. Ф. Лазурський (1874-1937), засновник вітчизняної особистісної психології, вважав, що психосоматичні захворювання є результатом взаємодії між особистісними особливостями людини і її соціальним середовищем. Він розробив теорію про те, що особистісні особливості людини можуть сприяти розвитку психосоматичних захворювань, якщо вони не відповідають вимогам соціального середовища.

І. П. Павлов (1849-1936), засновник вітчизняної фізіології травлення, вважав, що психосоматичні захворювання є результатом умовних рефлексів. Він розробив теорію про те, що психотравмуючі фактори можуть викликати формування умовних рефлексів, які можуть призвести до розвитку психосоматичних захворювань.

І. М. Сеченов (1829-1905), основоположник вітчизняної фізіології, вважав, що психосоматичні захворювання є результатом порушення взаємодії між психічними і соматичними процесами. Він розробив теорію про те, що психічні процеси можуть викликати зміни в соматичних органах і системах через вегетативну нервову систему.

І. М. Догель (1896-1975), основоположник вітчизняної біологічної філософії, вважав, що психосоматичні захворювання є результатом взаємодії між соматичними і психічними процесами. Він розробив теорію про те, що соматичні і психічні процеси є взаємопов'язаними і взаємообумовленими.

Ці науковці зробили значний внесок у розвиток вітчизняної психосоматики. Їхні дослідження допомогли краще зрозуміти природу психосоматичних захворювань і розробити ефективні методи їх лікування.

Серед сучасних вітчизняних науковців, що займались питанням психосоматичних захворювань слід назвати Миколу Олександровича Амосова, видатного українського хірурага, фізіолога і письменника, який вважав, що психосоматичні розлади є результатом взаємодії між психічними і соматичними процесами. Він розробив теорію про те, що психосоматичні захворювання можуть виникнути внаслідок стресу, який викликає порушення в роботі вегетативної нервової системи. Автор вважав, що стрес є невід'ємною частиною життя людини. Однак, якщо стрес є тривалим або інтенсивним, він може призвести до розвитку психосоматичних захворювань.

Концепції психосоматичних розладів у теорії Амосова є важливими, оскільки вони підкреслюють роль взаємодії між психічними і соматичними процесами в розвитку цих захворювань. Вони також пропонують ефективні підходи до лікування психосоматичних захворювань [2].

У свою чергу Г. І. Сливчук та Р. В. Яєчник вважають, що стрес є давнім механізмом, який покликаний допомагати людському організму в питаннях виживання. В давнину первісна людина постійно стикалася із смертельними небезпеками, подолання яких було необхідне, для того, щоб вижити.

Т. М. Титаренко та Л. А. Лєпіхова відзначають, що «стрес є загальним адаптаційним синдромом і переживається як емоційний стан, що виникає в умовах ризику, необхідності швидко і самостійно приймати рішення, вміти реагувати на загрози і сюрпризи. Крім специфічної відповіді організму на кожний подразник (на холод – температурні рецептори, на звуки – слухові), на всі подразники разом організм відповідає ще й неспецифічно – стресовою реакцією» [50].

1.2. Психологічні механізми розвитку і становлення психосоматичних розладів у професійний діяльності.

У міру еволюції людини поступово порушувався універсальний механізм пристосування її психіки до навколишнього середовища. Разом зі зміною психології людини і середовища її проживання проявлялися нові і чисельно збільшувалися наявні психологічні симптоми і синдроми. Під час еволюції людина набула властивих їй як біологічному виду сили, гнучкості, рухливості, здатності до терморегуляції, певних характеристик органів чуття. Стародавні інстинктивні програми поведінки людини допомагали протистояти голоду, холоду, нападу ворогів і хижаків. У міру розвитку людської історії змінювалися навантаження, від яких немає програм генетичного захисту, і тепер пристосування до середовища залежить від психічних можливостей людини у багато разів більше, ніж від сили її м'язів, міцності кісток і сухожиль та швидкості бігу. *Небезпечною стала не зброя ворога, а слово.*

Емоції людини, від початку покликані мобілізувати організм на захист, тепер частіше пригнічуються, вбудовуються в соціальний контекст, а згодом збочуються, перестають визнаватися їхнім господарем і можуть стати причиною руйнівних процесів в організмі (Радченко, 2002). [44].

Історія сучасної психосоматичної медицини починається з психоаналітичної концепції Фрейда, який спільно з Брейєром довів, що "пригнічена емоція", "психічна травма" шляхом "конверсій" можуть проявлятися соматичним симптомом. Зигмунд Фройд досліджував психосоматичні захворювання, що сформувало його теорію про «несвідоме» і «витіснення». Вчений вказував на необхідну "соматичну готовність" - фізичний фактор, який має значення для "вибору органу" [52].

Термін «психосоматичний» почало сприйматись негативно у сучасній медицині, тому що його плутають з симуляцією, психічним розладом або відвертим шахрайством. Психосоматичний біль важко відрізнити від станів, зазначених вище, але справжній психосоматичний біль спричинений більше несвідомим розумом, ніж симптомами хвороби або пораненням.

В сучасному ритмі життя люди стикаються з різноманітними викликами та труднощами, які можуть викликати стрес. Зокрема, важливо розглядати

загальний аспект впливу стресу на нервову систему, оскільки це відображається на роботі центральної та периферійної нервових систем, а також на взаємодії їх із іншими системами організму [10].

Психосоматичне захворювання може з'явитися у результаті проблем у взаєминах, стресу або інших нефізіологічних причин, які часто викликані зовнішніми факторами. Поняття стресу стало неодмінною частиною нашого повсякдення і має значний вплив на фізичне та психічне здоров'я. Аналізуючи вплив стресу на нервову систему, ми зможемо краще розуміти, як ефективно впоратися із стресом та забезпечити оптимальну функцію нашого організму. Дійсно, напевно, немає людини, яку б не хвилювала проблема стресу, адже всі ми щоденно потерпаємо від неприємних несподіванок, надмірних навантажень, великих і малих душевних потрясінь [14].

Не можна уявити собі життя, позбавлене хвилювань, проте постійне і сильне напруження, згідно безлічі проведених досліджень, згубно позначається на нашому здоров'ї. Так, будь-яке зіткнення з травматичними подіями спричиняє сильний стрес. У ситуації стресу людська нервова система реагує збудженням, у результаті чого вивільняються гормони (зокрема, норадреналін) необхідні для того, щоб людина швидше зорієнтувалась та відреагувала на загрозу [35].

У свою чергу Г. І. Сливчук та Р. В. Яєчник вважають, що «стрес є давнім механізмом, який покликаний допомагати людському організму в питаннях виживання. В давнину первісна людина постійно стикалася із смертельними небезпеками, подолання яких було необхідне, для того, щоб вижити. Під час стресу в тілі виділяються спеціальні гормони, які активізують роботу симпатичної нервової системи, що приводить до посиленого серцебиття, глибокого дихання, активного надходження крові у периферичні відділи організму – руки і ноги, зменшеному кровопостачанню внутрішніх органів (внаслідок цього утруднюється їхнє функціонування)» [47].

У ході розвитку стресу спостерігають три стадії:

– стадія тривоги (це найперша стадія, що виникає з появою подразника, що викликає стрес. Наявність такого подразника викликає ряд фізіологічних змін: у людини частішає подих, трохи піднімається тиск, підвищується пульс);
– стадія опору (тоді організм захищається від стресу, витрачаючи «резервний» запас сил, з навантаженням на всі системи організму);
– стадія виснаження (знижується загальна опірність організму. Стрес «захоплює» людину і може привести його до хвороби) [49].
Такий стан дозволяє нам швидше втекти або битися, що було актуальне для виживання первісної людини.

У результаті вивчення загального аспекту впливу стресу на нервову систему стає очевидним, що цей фактор відіграє важливу роль у психофізіології людського організму. Стресори, незалежно від свого походження, мають потенціал викликати комплексну реакцію нервової системи, що може мати вирішальне значення для здоров'я та функціонування організму.

Отже, розуміння взаємозв'язку між стресом та нервовою системою є важливим для підтримання оптимального здоров'я та ефективної адаптації до зовнішніх викликів. На психічному рівні стрес може спричиняти збудження, роздратування, апатію або, навпаки, глибокий психоемоційний виснаження. Це може відображатися на стані емоційного та психічного благополуччя людини, викликаючи такі стани, як депресія чи тривожність. На фізіологічному рівні стрес може впливати на центральну та периферійну нервові системи, викликаючи зміни у роботі серцево-судинної, ендокринної та імунної систем. Це може призводити до розвитку різних захворювань, зниження опірності організму та загального погіршення фізичного стану [51].

М.І. Амосов виділив такі фактори, які можуть сприяти розвитку психосоматичних захворювань:
Генетична схильність. Деякі люди мають більшу схильність до розвитку психосоматичних захворювань, ніж інші.
Особистісні особливості. Люди з певними особистісними особливостями, такими як тривожність, схильні до розвитку психосоматичних захворювань.

Стресові фактори. Тривалий або інтенсивний стрес може призвести до розвитку психосоматичних захворювань. Науковець вважав, що лікування психосоматичних захворювань має бути *комплексним* і включати в себе як *медикаментозне лікування* (щоб зменшити симптоми захворювання та полегшити стан пацієнта), так і *психотерапію* (щоб допомогти пацієнту впоратися зі стресом і подолати особистісні проблеми, які можуть сприяти розвитку захворювання).

Амосов також вважав, що важливим фактором у лікуванні психосоматичних захворювань є зміна способу життя пацієнта. Пацієнтам необхідно навчитися керувати стресом, правильно харчуватися, займатися спортом і уникати шкідливих звичок [2].

Ось деякі конкретні приклади того, як стрес може призвести до розвитку психосоматичних захворювань:

Тривога може призвести до розвитку серцево-судинних захворювань, таких як гіпертонія або інфаркт міокарда.

Депресія може призвести до розвитку аутоімунних захворювань, таких як ревматоїдний артрит або псоріаз.

Стрес може призвести до розвитку шлунково-кишкових захворювань, таких як виразка шлунка або гастрит.

Зрозуміння того, як стрес може призвести до розвитку психосоматичних захворювань, може допомогти людям у профілактиці та лікуванні цих захворювань.

Емоційна реакція, що виражається у формі туги та постійної тривоги, нейро-вегетативно-ендокринних змін і характерному відчутті страху, є сполучною ланкою між психологічною та соматичною сферами. Повний розвиток почуття страху може запобігти захисним фізіологічним механізмам, але зазвичай вони лише зменшують, а не усувають повністю ці фізіологічні явища та їх патогенну дію. Цей процес можна розглядати як гальмування, тобто стан, коли психомоторні та словесні висловлювання тривоги або ворожих почуттів блокуються таким чином, що стимули, що надходять із ЦНС, відводяться до

соматичних структур через вегетативну нервову систему і, таким чином, призводять до патологічних змін у різних системах органів.

За наявності емоційного переживання, яке не блокується психологічним захистом, а, соматизуючись, вражає відповідну йому систему органів, функціональний етап ураження переростає в деструктивно-морфологічні зміни в соматичній системі, відбувається генералізація психосоматичного захворювання. Отже, *психічний чинник* постає як ушкоджуючий [57].

До психосоматичних захворювань відносять порушення здоров'я, етіопатогенез яких – справжня соматизація переживань, тобто соматизація без психологічного захисту, коли, захищаючи душевну рівновагу, ушкоджується тілесне здоров'я. Надактуальне переживання фіксується, утворюючи настановну домінанту, що є функціональним осередком психічної патологічної імпульсації. Властиве хворим невиразне почуття фізичного дискомфорту обумовлює при певних впливах реалізацію хворобливих відчуттів та їх фіксацію. Незвичайна імпульсація, що надходить із внутрішніх органів у ЦНС, посилює ці відчуття, що зрештою призводить до формування патологічного стану [45].

Таким чином, негативні емоції вісцерального походження як би підкріплюються особистісними реакціями таких хворих на той чи інший симптом чи стан організму загалом. ***Повторення психотравмуючих впливів астенізує нервову систему, кора стає більш чутливою до зовнішніх впливів та інтероцептивних сигналів.*** Тому поява виражених соматичних відчуттів може бути викликано як психогенним впливом як таким, а й будь-яким незначним порушенням діяльності внутрішніх органів та навіть патологічним сприйняттям їх нормальної роботи. Вогнище патологічної імпульсації, що сформувалося, обростає нейрогуморальними зв'язками з тими чи іншими системами організму. Вважається, що в цьому процесі ключовою ланкою є довготривала пам'ять [41].

Довготривала пам'ять – це завжди емоційна пам'ять. Чим яскравіше емоції, тим більша ймовірність активації сліду пам'яті надалі, і пережитий

людиною стресовий стан надійно закріплюється у довгостроковій пам'яті. На основі механізмів ревербегерації збудження та довготривалої постсинаптичної потенціації пережитий стан паніки, страху зберігається у вигляді **енграм** – «слідів пам'яті». У результаті запас енграм, що вже склалися, набуває особливого значення для розвитку психосоматичних розладів.

Наприклад, пароксизми синусової тахікардії з відчуттям ядухи та страху смерті виникають при зниженні настрою або перевтоми у хворої з аналогічним епізодом на тлі післяпологового ендометриту в минулому. Справжньою причиною рецидиву нерідко стає «воскресіння» відповідної симптоматики внаслідок пожвавлення її слідів (енграм). Чим гострішим було відчуття небезпеки для життя та здоров'я, тим більша ймовірність відтворення розгорнутої клінічної картини на кшталт депресії або її соматичного еквівалента. Провідна роль у формуванні довгострокової пам'яті належить не так дійсної тяжкості соматичного страждання, скільки дією викликаних стресогенним чинникам душевних переживань особистості [31].

За даними ВООЗ, від 38% до 42 % усіх пацієнтів, які відвідують кабінети соматичних лікарів, належать до групи психосоматичних хворих. Здавна вважалося, що все, що впливає на мозок, впливає і на тіло. Але в XVII ст., медики та вчені розділили дві незалежні складові людини: тіло і розум. Відповідно, хвороби були або душевні, або тілесні, і лікували їх абсолютно різними способами [40].

Зараз знову є тенденція повернення до колишньої точки зору на зцілення людини. Людина несе відповідальність як за свої хвороби, так і за своє одужання. У медичній літературі описано багато прикладів зцілення важкохворих людей, якщо вони вірили у можливість свого одужання, а головне — у можливість самостійно впливати на перебіг хвороби та її кінцевий результат. Навіть таке захворювання, як рак, що вважається невиліковним, в деяких випадках піддається лікуванню [33].

Умежах психосоматики досліджувалися і досліджуються зв'язки між характеристиками особистості (конституціональні особливості, риси характеру особистості, стилі поведінки, типи емоційних конфліктів) і тими чи іншими соматичними захворюваннями. Популярна думка науковців у тому, що всі хвороби людини виникають унаслідок психологічних невідповідностей і розладів, які виникають в душі, в підсвідомості, в думках людини. Однак ідеться при цьому не про виникнення нової концепції в медицині, а про відродження принципів медицини давнини, яка підходила до захворювання як до специфічно індивідуального явища, як до хвороби конкретної людини, хвороби *душі й тіла* [27].

З. Фройд видав світу знамениту теорію про "несвідоме", як продукт витіснення. В результаті, як зазначалось, деякі досить серйозні захворювання потрапили у категорію "істеричних" або "психосоматичних". Мова йде про такі недуги: бронхіальна астма, алергія, уявна вагітність, головний біль і мігрень. Людині не уникнути захворювання, якщо вона не вирішує проблему, а просто її ігнорує. За основу психосоматики береться механізм психологічного захисту – витіснення: кожен з нас намагається гнати від себе думки, які йому неприємні і, як наслідок, ми просто відкидаємо проблеми, а не вирішуємо їх. Ми не аналізуємо проблеми, тому що боїмося поглянути їм в очі і зіштовхнутись безпосередньо з ними. Набагато простіше закрити на них очі, постаратися не думати про неприємні речі. На жаль, витіснення таким способом проблеми не зникають, а просто переходять на інший рівень свого розвитку. Всі наші проблеми, в результаті, трансформуються з *соціального* рівня (тобто, міжособистісних взаємин) або *психологічного* (невиконаних бажань, наших мрій і прагнень, пригнічених емоцій, будь-яких внутрішніх конфліктів), на рівень нашої ***фізіології*** [53].

Соматичні захворювання, зумовлені психогенними факторами, називають «психосоматичними розладами». Емоційна реакція, що виражається у формі туги та постійної тривоги, нейро-вегетативно-ендокринних змін і характерному

відчутті страху, є сполучною ланкою між психологічною та соматичною сферами організму.

Психосоматичний підхід починається тоді, коли пацієнт перестає бути тільки носієм хворого органа і розглядається цілісно. Тоді психосоматичний напрям можна розглядати і як можливість "зцілення" від деперсоналізованої медицини. *Першорядним фактором*, що зумовлює переважну локалізацію психосоматичних розладів стає страх смерті, випробуваний хоча б раз у житті у зв'язку з будь-яким захворюванням.

Патогенез психосоматичних розладів надзвичайно складний і визначається:
1) неспецифічною спадковою і вродженою обтяженістю
2) соматичними порушеннями і дефектами;
3) спадковою схильністю до психосоматичних розладів;
4) нейродинамічними зрушеннями (порушеннями діяльності ЦНС);
5) особистісними особливостями;
6) психічним і фізичним станом під час дії психотравмуючих подій;
7) фоном несприятливих сімейних та інших соціальних чинників;
8) особливостями психотравмувальних подій.

- **Хвороби серця** найчастіше виникають як наслідок нестачі любові та безпеки, а також від емоційної замкнутості. Людина, що не вірить у можливість любові або ж забороняє собі виявити свою любов до інших людей, неодмінно зіткнеться з проявами серцево-судинних захворювань.
- **Артрити,** як помічено, вражають людей, які не можуть сказати «ні» і звинувачують інших у тому, що їх експлуатують.
- **Гіпертонія** нерідко виникає через самовпевнене бажання взяти на себе непосильне навантаження, працювати без відпочинку, потребою виправдати очікування інших, залишитися значущим і шанованим в їхніх очах, у зв'язку з чим відбувається витіснення власних глибинних почуттів і потреб.
- Проблеми з **нирками** бувають викликані осудом, розчаруванням, невдачею в житті, критикою. Цим людям постійно здається, що їх обманюють і

зневажають. Подібні почуття та емоції призводять до нездорових хімічних процесів у тілі.

- Збій **імунної системи** і, як наслідок, **застуда** є для людини сигналом з боку організму: «Зупинися, зроби перепочинок, ти занадто багато намагаєшся встигнути!».

- **Астма**, проблеми з легенями бувають викликані невмінням (або небажанням) жити самостійно.

- **Шлункові проблеми** — виразковий коліт, запори — є наслідком переживання помилок минулого, небажання відпустити старі ідеї і взяти на себе відповідальність за сьогодення. Шлунок чутливо реагує на наші проблеми, страхи, ненависть, агресивність і заздрість. Придушення цих почуттів, небажання зізнатись собі у них, спроба проігнорувати і «забути» їх замість осмислення, усвідомлення та дозволу, можуть стати причиною різних шлункових розладів.

- Тривале роздратування, особливо під час стресу, призводить до **гастриту.**

- **Запори** свідчать про надлишок накопичених почуттів, уявлень і переживань, з якими людина не може або не бажає розлучитися, не може звільнити місце для нових.

- **Печія** — свідчення витісненої агресивності.

- **Проблеми із зором** — небажання щось бачити, неприйняття навколишнього світу таким, яким він є. Аналогічно — проблеми зі слухом. Недочування, глухота наступають тоді, коли ми намагаємося ігнорувати інформацію, яка приходить до нас на аудіальному рівні.

- **Інфекційні захворювання**. Пусковими механізмами є роздратування, злість, досада. Будь-яка інфекція вказує на душевний розлад. Слабкий опір організму, на який накладається інфікування, пов'язаний з порушенням душевної рівноваги.

- **Ожиріння** — прояв тенденції захищатися від чогось. Почуття внутрішньої порожнечі часто пробуджує апетит. Процес поглинання їжі забезпечує багатьом людям відчуття «придбання». Але душевний дефіцит не заповниш їжею.

- **Проблеми з зубами** найчастіше бувають викликані нерішучістю, невмінням приймати самостійні рішення. Така людина боїться наслідків своїх рішень. Карієс віднімає в зубів твердість. Саме таким чином імунна система людини реагує на внутрішню нестійкість мрій, невпевненість у досягненні обраної мети, усвідомлення «нездоланності» життєвих труднощів.
- **Проблеми зі спиною** можуть бути наслідком пережитого, нестачі підтримки, внутрішнього перенапруження, зайвої вимогливості досебе.
- **Безсоння** — втеча від життя, небажання визнавати його тіньові сторони. Потрібно знайти істинну причину занепокоєння, навчитися підбивати підсумки дня, повернути собі нормальний ритм, дозволити собі ввечері догляд та сон — все це допоможе вирішити проблеми.
- **Низка нещасних випадків** свідчать про те, що людина відчуває себе у чомусь винною і рефлекторно карає себе [23].

Передбачається існування так званого *препсихосоматичного особистісного* ***радикала*** – тих особистісних особливостей, що призводять до захворювання - це осередок психосоматичної імпульсації, фіксоване патопластичне переживання. Він формується у дитячому та підлітковому віці [19].

У сучасній психосоматиці розрізняють “схильність” або “фактори”, що дозволяють чи затримують розвиток хвороби . «Схильність» – це вроджена (наприклад, генетично обумовлена), а за певних умов і набута готовність, що виливається у форму можливого органічного чи невротичного захворювання. Поштовхом до розвитку такого захворювання є важкі життєві ситуації. Якщо маніфестують невротичні чи соматичні захворювання, вони розвиваються за **власними** закономірностями, які, проте, тісно пов'язані з чинниками довкілля. У кожному разі для діагностики як психосоматичного так і невротичного захворювання необхідно розуміння “ситуаційного характеру” його походження. Констатація наявності психосоматичних порушень не призводить до заперечення основного діагнозу. Якщо сьогодні говорять про психосоматичне, біопсихосоціальне захворювання, це лише вказує на зв'язок «схильність – особистість – ситуація». Людина, яка перебуває в гармонійних відносинах зі

своїм середовищем, може перенести екстремальні соматичні та психічні навантаження, уникнувши хвороби. Однак у житті зустрічаються особистісні проблеми, які викликають настільки тяжку фіксацію та душевний розлад, що у певних життєвих ситуаціях призводять до негативних емоцій та невпевненості у собі. Саме в складних ситуаціях психосоматично обтяжені пацієнти, які виявляють емоційну пригніченість, не можуть правильно оцінити та описати свій стан [16].

Перелічені чинники не тільки беруть участь у виникненні психосоматичних розладів особистості, а й роблять індивіда вразливим до психоемоційних стресів, утрудняють психологічний і біологічний захист, полегшують виникнення й обтяжують перебіг соматичних порушень. Якщо медичне обстеження не може виявити фізичну або органічну причину захворювання, або якщо захворювання є результатом таких емоційних станів як гнів, тривога, неврози, депресія, почуття провини, тоді хвороба може бути класифікована як психосоматична. Психосоматичні захворювання — це захворювання, причинами яких є, переважно, розумові процеси хворого [8].

1.3. Фактори, що впливають на вибір профілактичних заходів психосоматичних розладів.

А.Р. Лурія увів термін – „внутрішня картина хвороби” (ВКХ), яким позначають всі думки, переживання, почуття, які є в людини стосовно її захворювання [28]. Від того, якою буде ця картина, залежить дуже багато. ВКХ має свою структуру, яка є універсальною у всіх людей, незалежно від характеру захворювання. Вона складається з чотирьох рівнів:

Сенсорний рівень (рівень відчуттів). Як правило, динаміка становлення ВКХ починається з відчуттів, які з’являються в два етапи. На першому етапі відчуття виникають у вигляді первинного усвідомлення якогось неблагополуччя, дискомфорту. Людина ще не може сказати, що з ним не так („щось зі мною не те”), оскільки його відчуття ще не визначені. Закінчується цей етап тоді, коли вони отримують свою назву і визначення. Настає другий етап сенсорного рівня,

коли відчуття стають ознаками хвороби людини („я відчуваю сильну слабкість і запаморочення”).

Когнітивний рівень (рівень пізнання і розуміння). Щоб відчуття в тілі були сприйняті як симптоми захворювання, повинна існувати когнітивна модель захворювання. Когнітивна модель визначає, до якої моделі віднести відчуття і проводить вибір хвороби, під яку будуть підходити соматичні відчуття. Найважливішим моментом на цьому рівні є оцінка загрози хвороби. Чим сильнішою вона буде, тим гострішою може бути емоційна реакція людини.

Емоційний рівень. Спектр можливих емоційних реакцій людини дуже широкий. Від анозогнозії (заперечення хвороби – „Ні, цього не може бути, я не хворий”) до іпохондричних реакцій (пошук і знаходження в себе ознак хвороби у всіх своїх відчуттях – „Сьогодні я кашлянув тричі – у мене рак легень”).

Рівень мотивацій. Тут мова йде про суть, яку людина вкладає у свою хворобу. Суть хвороби може змінити образ „я” людини, його самовідношення, відношення з іншими людьми й навколишнім середовищем. Хвороба може стати перешкодою втілення основних життєвих мотивів людини, і тоді хворий перш за все намагається позбавитися свого захворювання. Але іноді хвороба може набути суті певного „помічника” у вирішенні складних життєвих ситуацій (вторинна користь хвороби), наприклад, якщо хвороба перешкоджає руйнуванню сім’ї чи не дозволяє відчувати складнощі та проблеми в певній галузі. Найчастіше трапляється амбівалентне ставлення до хвороби: з одного боку – людина хоче її позбавитись, а з іншого – знаходить у ній вигоду [29]. Дослідження, проведені в галузі соматоцентричної парадигми, спрямовані в основному на вивчення досить обмеженого кола психічних розладів (симптоматичні психози). Так, у рамках концепції „екзогенного типу психічних реакцій” як психофізіологічний механізм виникнення розладів розглядали вплив на мозок соматичної шкідливості, що спричинює маніфестації певного суворо обмеженого набору психопатологічних синдромів [25].

Профілактика психосоматичних розладів є важливою справою і необхідною справою як для самих працівників, так і їхніх сімей та для суспільства в цілому.

Вона може допомогти людям вести здоровий і повноцінний спосіб життя, а також підвищує їхню продуктивність праці.

Вибір профілактичних заходів психосоматичних розладів має бути індивідуальним і враховувати всі фактори, які можуть впливати на ефективність цих заходів. Значення факторів, що сприяють розвитку хвороби, при хронічних захворюваннях стало відомо лише останнім часом [22].

Серед таких факторів, що впливають на вибір профілактичних заходів психосоматичних розладів є – *суб`єктивні, об`єктивні, соціоекономічні, соціально-психологічні.*

***Суб`єктивні*** фактори - це ті, які залежать від особистості людини, її сприйняття та ставлення до профілактичних заходів. До них можна віднести *особистісні особливості*: рівень тривожності, схильність до ризику, рівень самооцінки, цінності та переконання людини щодо здоров`я та профілактичних заходів, сприйняття симптомів, які можуть бути ознаками психосоматичних розладів, які профілактичні заходи людина буде використовувати, що вплинуть на її мотивацію до профілактики психосоматичних розладів.

Наприклад, люди з *високим рівнем тривожності* можуть бути більш схильні до використання профілактичних заходів, оскільки вони більш стурбовані своїм здоровям і можуть бути більш схильні до використання медикаментозних методів профілактики, ніж люди з низькою схильністю до ризику. Люди з високою самооцінкою можуть бути більш схильні до зміни способу життя, ніж люди з низькою самооцінкою.

Люди *з низьким рівнем тривожності* можуть бути менш схильні до використання профілактичних заходів, оскільки вони можуть не сприймати психосоматичні розлади як серйозну загрозу здоров'ю.

Цінності та переконання людини щодо здоров'я та профілактичних заходів також можуть впливати на її вибір профілактичних заходів психосоматичних розладів. Якщо людина вважає, що її здоров`я є найважливішим у житті, то може бути більш схильна до використання профілактичних заходів, ніж людина, яка не вважає своє здоров`я найважливішим фактором. Люди, які

вірять у те, що профілактичні заходи ефективні, також можуть бути більш схильні до їх використання.

Сприйняття симптомів, які можуть бути ознаками психосоматичних розладів, також може впливати на вибір профілактичних заходів. Наприклад, люди, які не сприймають симптоми як ознаки психосоматичних розладів, можуть бути менш схильні до використання профілактичних заходів. Люди, які сприймають симптоми як ознаки психосоматичних розладів, можуть бути більш схильні до використання профілактичних заходів, щоб запобігти розвитку захворювання.

Врахування *субєктивних факторів* при виборі профілактичних заходів психосоматичних розладів дозволяє підвищити їх ефективність. Наприклад, якщо пацієнт має високий рівень тривожності можна порекомендувати йому використовувати медикаментозні методи профілактики, а якщо людина вважає, що здоров'я є найважливішим у житті, то можна порекомендувати йому змінити спосіб життя.

Об`єктивні*** фактори - це ті, які не залежать від особистості людини, а є зовнішніми для неї: стан здоров`я людини, наявність хронічних захворювань або інших факторів ризику розвитку психосоматичних розладів; ***соціоекономічні фактори, такі як рівень доходу, освіта, місце проживання;
соціально-психологічні фактори, такі як сімейний статус, рівень стресу, наявність соціальної підтримки.

Людина з хронічним захворюванням, яка не має соціальної підтримки, з високим рівнем доходу яке може призвести до розвитку психосоматичних розладів може бути більш схильна до використання профілактичних заходів, ніж людина без хронічних захворювань і низьким рівнем доходу. Можна порекомендувати такій категорії людей використовувати профілактичні заходи, які є ефективними саме для цього захворювання.

Людина, яка проживає в неблагополучному районі, може бути більш схильна до розвитку психосоматичних розладів, ніж людина, яка проживає в благополучному районі і має соціальну підтримку. Якщо психолог знає, що

пацієнт має низький рівень доходу, він може порекомендувати йому профілактичні заходи, які є доступними для людей з низьким рівнем доходу.

Важливо також враховувати, що субєктивні та обєктивні фактори часто взаємоповязані. Наприклад, людина з низьким рівнем доходу може бути більш схильна до розвитку психосоматичних розладів, оскільки вона може відчувати більший стрес. В такому випадку, врахування як субєктивного фактора (рівень доходу), так і об`єктивного фактора (рівень стресу) дозволить лікарю підібрати найбільш ефективні профілактичні заходи.

Субєктивні та обєктивні фактори можуть впливати на вибір профілактичних заходів психосоматичних розладів: Людина з високим рівнем тривожності може бути більш схильна до використання медикаментозних методів профілактики, ніж людина з низьким рівнем тривожності.

Людина, яка вважає, що здоров’я є найважливішим у житті, може бути більш схильна до зміни способу життя, ніж людина, яка не вважає, що здоров’я є найважливішим.

Людина з хронічним захворюванням, яке може призвести до розвитку психосоматичних розладів, може бути більш схильна до використання профілактичних заходів, ніж людина без хронічних захворювань [17].

Основними напрямками профілактики психосоматичних розладів є:

Зміцнення здоров'я організму: здорове харчування, регулярні фізичні навантаження, достатній сон, уникнення шкідливих звичок, таких як куріння, вживання алкоголю та наркотиків;

Подолання стресу: релаксація, самонавчання, консультації з психологом;

Зміцнення психологічного здоров'я: розвиток позитивного мислення, вміння всправлятися з емоціями, розвиток соціальних навичок;

Профілактика психосоматичних розладів повинна здійснюватися на всіх рівнях: *індивідуальному, сімейному* (сім'я повинна створювати здорову атмосферу, в якій люди відчувають себе в безпеці та підтримуваними);

суспільному (суспільство має створювати умови, сприятливі для здоров'я людей): гарне харчування, доступ до якісної освіти, можливість займатися спортом [12].

До таких заходів можна віднести:

Організаційно-технічні заходи:

Забезпечення безпечних і комфортних умов праці: відповідність робочого місця санітарно-гігієнічним нормам, наявність сучасного обладнання, достатня освітленість, зручне робоче місце.

Раціональна організація праці: дотримання оптимальних режимів праці та відпочинку, чергування розумової та фізичної праці, забезпечення достатньої рухової активності.

Соціально-психологічні заходи:

Створення позитивного психологічного клімату в колективі: дотримання норм етики та моралі, відсутність конфліктів, підтримка взаєморозуміння та співробітництва між працівниками.

Забезпечення можливості професійного та особистісного розвитку: надання працівникам можливості для навчання та підвищення кваліфікації, створення умов для творчої реалізації.

Медико-психологічні заходи:

Проведення профілактичних оглядів працівників: виявлення факторів ризику виникнення психосоматичних захворювань, проведення своєчасного лікування захворювань.

Проведення психопрофілактики: навчання працівників методам самоконтролю, управління стресом, техніки релаксації. Ці заходи спрямовані на зниження впливу на організм офісних працівників факторів ризику виникнення психосоматичних захворювань, таких як:

Фізичні фактори: перевантаження опорно-рухового апарату, порушення зору, слуху, дихання.

Психічні фактори: стрес, емоційне перевантаження, конфлікти, небезпека.

Метою *проведення психопрофілактики є:*

Зміцнити фізичне та психічне здоров'я працівників.

Створити сприятливі умови праці, які сприяють здоровому способу життя.

Основними напрямками профілактичних заходів є:

Здорове харчування. Офісні працівники повинні харчуватися збалансовано, включаючи в свій раціон достатню кількість фруктів, овочів, цільнозернових продуктів та нежирного білка.

Регулярні фізичні навантаження. Офісним працівникам рекомендується займатися спортом не менше 30 хвилин на день, 5 разів на тиждень.

Достатній сон. Офісним працівникам потрібно спати не менше 7-8 годин на добу.

Уникнення шкідливих звичок. Офісним працівникам слід відмовитися від куріння, вживання алкоголю та наркотиків.

Подолання стресу. Офісні працівники повинні навчитися ефективно справлятися зі стресом за допомогою таких методів, як:

Релаксація (дихальні вправи, медитація тощо)

Самонавчання (про техніки управління стресом)

Консультації з психологом

Профілактичні заходи повинні проводитися на всіх рівнях:

Індивідуальний рівень. Офісні працівники повинні самостійно піклуватися про своє здоров'я і вживати заходів для подолання стресу.

Рівень компанії. Компанія повинна створювати сприятливі умови праці, які сприяють здоровому способу життя працівників. Це включає в себе:

Можливість займатися спортом під час робочого дня

Надання працівникам можливості для відпочинку та розслаблення

Проведення тренінгів з управління стресом

Висновки до1 розділу

У першому розділі викладено результати здобутків наукових пошуків з проблематики психосоматичних хвороб у вітчизняній та зарубіжній літературі, проаналізовано напрямки дослідження проблеми психосоматичних співвідношень - взаємозв'язку психічного і соматичного. Уточнено уявлення

про вибір профілактичних заходів психосоматичних розладів, що має бути індивідуальним і враховувати всі фактори, які можуть впливати на ефективність цих заходів: *суб`єктивні, об`єктивні, соціоекономічні, соціально-психологічні.*

Проведений у даному розділі теоретико-методологічний аналіз досліджень з проблеми визначення профілактичних заходів психосоматичних розладів професійної діяльності дозволяє зробити наступні висновки:

1.Аналіз літератури, присвяченої проблемам психосоматичних розладів, дозволив нам виділити два основних підходи, в рамках яких по-різному вирішується питання про роль, яку відіграють психологічні чинники в етіології. Згідно із сьогоднішніми науковими позиціями поділ захворювань на психосоматичні, соматичні та психічні виглядає неоднозначними й суперечить уявленням про цілісність та єдність людської істоти. Використання терміну «психосоматичний» є більш доречним у методологічному сенсі, як позначення ***підходу***, що враховує різноманітність причин виникнення хвороб.

Розвиток психосоматики в якості наукового підходу має зв’язок із цілим рядом психодинамічних концепцій: конверсійних механізмів (З. Фрейд), місць найменшого опору (А. Адлер), профілів особистості (Ф. Данбар), специфічних конфліктів (Ф. Александер), переживань втрати об'єкту (М. Енгел). В цілому можна сказати, що вчення про психосоматичні захворювання ґрунтується на численних й переконливих клінічних спостереженнях, проте його окремі елементи малодоступні доказовим роз'ясненням, багато гіпотез не підтверджені експериментально [6].

2. На індивідуальний спосіб життя людини зрілого дорослого віку впливають також такі соціально-психологічні характеристики особистості, як професійна активність, інтереси, фізична активність, яка відповідає стану здоров'я, умовам і способу діяльності. Успішні у своїй справі особистості легше переносяться неминучі для зрілої дорослості різноманітні вікові проблеми і труднощі, гармонійним є їх внутрішнє життя, оптимістичнішим погляд у майбутнє. У зрілому дорослому віці Я-концепція залишається визначальним центром

внутрішнього світу особистості. На цьому етапі домінує цілісне бачення себе у контексті життєдіяльності, вічних і перехідних цінностей. Я концепція особистості у зрілій дорослості ґрунтується на оцінному процесі. Він полягає в тому, що особистість оцінює позитивно, прагне збагнути ті переживання, які свідчать про її позитивне функціонування і оцінює негативно чи уникає переживань, які, на її думку, шкодять збереженню і функціонуванню. Перед індивідом постає проблема узгодженості особистісного досвіду із Я-концепцією, а їх неузгодженість переживається боляче. У період зрілої дорослості залишаються актуальними основні функції Я-концепції. Вона сприяє самоузгодженню людини, стабільності її внутрішнього світу і поведінки; зумовлює особливості інтерпретації досвіду, який уже мало збагачується; залишається джерелом життєвих очікувань; забезпечує дотримання виробленої стратегії життя і поведінки [10].

Суттю Я-концепції стає самоактуалізація, зумовлена духовноморальними правилами і більш значущими, ніж ситуативні, особистісними цінностями. У період зрілої дорослості відбувається посилення когнітивного компонента в самооцінці. Людина прагне тверезо, раціонально, а не емоційно оцінити себе, своє життя, свої досягнення. Усвідомлене, розважливе, об'єктивне ставлення особистості має наслідком те, що знання себе починають регулювати поведінку та емоційні переживання людини, які стосуються її Я. Впевненість у своїх силах є передумовою прийняття відповідальних рішень. Завдяки цьому вони виконують важливу роль у суспільстві, впливають на його розвиток. Актуальною для них є проблема наближення власної поведінки, способів діяльності, змісту думок до соціальних вимог [15].

Чинниками виникнення психосоматичних хвороб є: *комплекс неповноцінності* (як результат взаємодії між особистісними та соціальними факторами), *конфлікт* між особистістю і суспільством; базові потреби основи особистості; проблеми з прийняттям своїх емоцій (блокування емоцій і неповні дії); порушення взаємодії між корою головного мозку і вегетативною нервовою системо (внаслідок стресу, який викликає порушення в роботі вегетативної

нервової системи); проблеми у взаєминах [5].

3. Стресори, незалежно від свого походження, мають потенціал викликати комплексну реакцію нервової системи, що може мати вирішальне значення для здоров'я та функціонування організму. Розуміння взаємозв'язку між стресом та нервовою системою є важливим для підтримання оптимального здоров'я та ефективної адаптації до зовнішніх викликів. Проблеми трансформуються з *соціального* рівня (тобто, міжособистісних взаємин) або *психологічного* (невиконаних бажань, наших мрій і прагнень, пригнічених емоцій, будь-яких внутрішніх конфліктів), на рівень ***фізіології.*** Перелічені чинники не тільки беруть участь у виникненні психосоматичних розладів особистості, а й роблять індивіда вразливим до психоемоційних стресів, утрудняють психологічний і біологічний захист, полегшують виникнення й обтяжують перебіг соматичних порушень [4].

4. У період створення психосоматичної медицини як науки, що прагнула подолати розрив між тілесним і психічним, було уявлення про можливість виникнення будь-якого захворювання за взаємодії як фізичних, так і психосоціальних чинників і це призвело до багатофакторної відкритої моделі хвороби - *інтегрального психосоматичного підходу* профілактики розладів. До факторів, що впливають на вибір профілактичних заходів психосоматичних розладів відносять:

*суб`єктивні* - цінності та переконання, сприйняття симптомів, особистісні особливості (рівень тривожності, схильність до ризику, рівень самооцінки, цінності та переконання людини щодо здоров`я та профілактичних заходів, сприйняття симптомів, які можуть бути ознаками психосоматичних розладів, які профілактичні заходи людина буде використовувати, що вплинуть на її мотивацію до профілактики психосоматичних розладів);

*об`єктивні* - стан здоров`я людини, наявність хронічних захворювань або інших факторів ризику розвитку психосоматичних розладів;

соціоекономічні - рівень доходу, освіта, місце проживання;

соціально-психологічні фактори, такі як сімейний статус, рівень стресу, наявність соціальної підтримки [55].

5.Профілактика психосоматичних розладів є важливою і необхідною справою. Вона може допомогти людям вести здоровий і повноцінний спосіб життя. Вибір профілактичних заходів психосоматичних розладів має бути індивідуальним і враховувати всі фактори, які можуть впливати на ефективність цих заходів.

Визначені основні напрямками профілактичних заходів психосоматичних розладів направлених на: зміцнення здоров'я організму, подолання стресу, зміцнення психологічного здоров'я. Профілактика психосоматичних розладів повинна здійснюватися на всіх рівнях: *індивідуальному, сімейному, суспільному*

Таким чином, у сучасному розумінні патогенезу психосоматичних захворювань визнається багатофакторність у поясненні їхньої природи.

Центром тяжкості психосоматичного страждання виявляється завжди орган, найбільш уразливий і важливий для життєдіяльності організму у поданні індивіда. «Вибір органу» свідчить про переважну спрямованість захисно-пристосувальних механізмів, що викликають ушкоджуючий ефект у міру наростання дезінтеграції у стресових ситуаціях. Ініціатива у виборі органу належить завжди кірковим зв'язкам, які впливають на емоційні підкіркові апарати, програмуючи ступінь залучення тих чи інших органів у стресову ситуацію [46]. Який саме ефекторний шлях виявиться кращим для виходу на периферію емоційного збудження, залежить, зрештою, від особливостей даної емоції, від особливостей нервової конституції людини і від усієї історії її життя.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИБОРУ СТРАТЕГІЙ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ПОДОЛАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

2.1. Організація методик емпіричного дослідження та опис групи досліджуваних.

Емпіричне дослідження проблем «професійного вигорання» проводилось на базі підприємства приватного нотаріуса Бучанського районного нотаріального округу Київської області (м. Буча, м. Ірпінь).

У дослідженні приймали участь 40 досліджуваних, поділених на 2 групи. За вибіркою учасників дослідження до першої групи увійшли 18 працівника офісу, що приділяли увагу власній самоактуалізації через отримання другої вищої освіти, навчаючись у закладах “Вищої освіти” за різними спеціальностями. До другої групи увійшли 20 досліджуваних які приділяли уваги власній самоактуалізації- займалися духовними практиками (медитація, йога), проходили курси психотерапії, тренінги.

Дослідження проводилось у гугл-формі і мало чотири етапи зустрічі:

- *попередній*: проведення інструктажу, підбір психодіагностичного інструментарію, розробка тренінгу, підготовка матеріалів;
- *констатувальний*: виконання завдання з посиланням на опитувальник, відповіді надходили на електрону адресу дослідження;
- *експериментальний*: отримання відповідей,
- *завершальний*: інтерпретація результатів дослідження та їх обробки за

допомогою методів математичного аналізу з використанням програми «Statistica-8».

Для проведення дослідження на визначення рівня стресу було використано **«Тест на визначення рівня стресу»** (Ю. Щербатих) [58]. Його суть – визначити рівень стресу особи. Ця методика є психодіагностичним інструментом, який дозволяє оцінити рівень стресу у людини (дивись додаток А). Тест складається з декількох розділів, які відповідають за певну ознаку стресу. До кожної ознаки були подані стани, які можуть виникати в людини. Потрібно відповісти «Так» або «Ні» до кожної ознаки стану. Якщо реціпієнт обирає відповідь «Так», то йому треба записати кількість отриманих балів за відповідь. У кожному розділі кількість балів за відповідь різна.

За наявність одного із інтелектуальних і поведінкових ознак - 1 бал; емоційних - 1.5 бали, за фізіологічних - 2 бали. Якщо ж він вибере відповідь «Ні», то отримає 0 балів.

Таким чином, загальна максимальна сума за всім списком теоретично може досягати 66 балів.

Показник від 0 до 5 балів вважається хорошим - означає, що в даний момент життя, вагомий стрес відсутній.

Показник від 6 до 12 балів означає, що людина відчуває помірний стрес, який може бути компенсований за допомогою раціонального використання часу, періодичного відпочинку і знаходження оптимального виходу з ситуації, що склалася.

Показник від 13 до 24 балів вказує на досить виражене напруження емоційних і фізіологічних систем організму, що виникло у відповідь на сильний стресорні фактор, який не вдалося компенсувати. В цьому випадку потрібно застосування спеціальних методів подолання стресу.

Показник від 25 до 40 балів вказує на стан сильного стресу, для успішного подолання якого бажана допомога психолога або психотерапевта. Така величина стресу говорить про те, що організм вже близький до межі можливостей чинити опір стресу.

Показник понад 40 балів свідчить про перехід організму до третьої, найбільш небезпечною стадії стресу - виснаження запасів адаптаційної енергії.

Інструкція: перед вами ознаки стресу - *інтелектуальні, поведінкові, емоційні та фізіологічні.*

За наявність у себе одного із інтелектуальних і поведінкових ознак - ставте собі 1 бал; емоційних - 1.5 бали, а фізіологічних - 2 бали.

Показник понад 40 балів свідчить про перехід організму до третьої, найбільш небезпечною стадії стресу - виснаження запасів адаптаційної енергії.

Шкала оцінки і характеристика:

1) 0–5 балів – відсутність стресу.

2) 6–12 балів – помірний стрес.

3) 13–24 балів – сильний стрес.

4) 25–40 балів – дуже сильний стрес, потрібна допомога психолога або психотерапевта.

5) 40 балів – найбільш небезпечна стадія стресу – виснаження запасів адаптаційної енергії

Методика за В.Ю. Щербатих «Тестування стресу» є простим і доступним інструментом, який дозволяє швидко і ефективно оцінити рівень стресу у людини. Методика може використовуватися для діагностики стресу у різних вікових груп так і в різних сферах діяльності (дивись додаток А) [58].

Для більш досконалого проведення подальшого емпіричного дослідження працівників підприємства наступною методикою дослідження була вибрана методика «Тест на самооцінку» (Кузнецова О.В.) (дивись додаток Б).

Тестове завдання має 32 питання. Інструкція до тесту. Ключ до тестового завдання. *Підрахунок балів* проводиться за схемою: «дуже часто» - 4 бали; «часто» - 3 бали; «рідко» - 2; «ніколи» - 0.

«0-25» балів свідчать про високий рівень самооцінки, при якому людина, як правило, впевнена в собі;

«26-45» показник середнього рівня самооцінки;

«46-128» балів – рівень самооцінки низький, людина болісно переносить зауваження, не впевнена в собі.

Питання «самооцінки» людини актуалізує інтерес і спрямовує увагу на збереження її психологічного здоров'я. Самооцінка – це психологічно особистісне утворення свідомості людини, яке надає їй можливість оцінити свої фізичний та духовний стани, активність, власні можливості, свою спрямованість, суспільну значущість, свої відносини із зовнішнім світом, іншими людьми та соціальними групами до яких належить людина. Це та особистісна цінність, значущість, якої надає собі людина взагалі або окремим сторонам своєї особистості, своїй діяльності та поведінки у суспільстві. Ця цінність є обов'язковою умовою реалізації самоконтролю та самовдосконалення, а це і є важливі форми самокерованої поведінки [42].

Для найбільш комплексної та детальної діагностики емоційного вигорання нами було вибрана методика «Діагностика рівня емоційного вигорання» В.В. Бойко [9]. Інтерпретацію показників за шкалами скороченої версії методики В.В. Бойко «Діагностика рівня емоційного вигорання» дивись (Додаток В).

Даний діагностичний тест виявляє не тільки особливості прояву синдрому емоційного вигорання, але й виявляє наявність психосоматичних і психовегетативних порушень. Він дозволяє побачити провідні симптоми вигорання і відмітити до якої фази формування емоційного вигорання відносяться різні по вираженню симптоми (домінуючі, сформовані або що формуються). Аналіз симптомів по даним фазам показує розвиток синдрому емоційного вигорання на різних рівнях від стану напруження і механізмів захисту особистості до емоційного виснаження, відчуженості, психовегетативних порушень. Ця методика дозволяє діагностувати емоційне вигорання на різних стадіях його протікання [9].

Опис субшкал опитувальника: Методика В.В. Бойко включає в себе три фази: напруження, резистенцію та виснаження.

Кожна фаза включає в себе по 4 симптоми.

Фаза «*напруження*» – нервове (тривожне напруження) є передвісником і «пусковим» механізмом у формуванні емоційного вигорання.

1. Симптом «переживання психотравмуючих обставин» – проявляється в посиленні усвідомленням психотравмуючих чинників професійної діяльності, які важко або не можливо видалити.

2. Симптом «незадоволення собою» – в результаті невдач або нездатності вплинути на психотравмуючі обставини, людина зазвичай відчуває незадоволення собою, обраною професією, посадою. Діє механізм «емоційного перенесення» – енергетика прямує не тільки і не стільки назовні, скільки на себе.

3. Симптом «загнаності в клітку» – коли психотравмуючі обставини дуже тиснуть і усунути їх неможливо, до нас часто приходить відчуття безвихідності. Ми намагаємося щось змінити, ще і ще раз обдумуємо незадовільні аспекти своєї роботи. Це призводить до посилення психічної енергії за рахунок індукції ідеального: працює мислення, діють плани, цілі, сенси.

4. Симптом «тривоги і депресії» – виявляється у зв'язку з професійною діяльністю в особливо складних обставинах, що спонукають до емоційного вигорання як засобу психологічного захисту. Відчуття незадоволеності роботою і собою породжують могутнє енергетичне напруження у формі переживання ситуативної або особистісної тривоги, розчарування в собі, в обраній професії.

Фаза «*резистенції*» – фактично опір стресу, що зростає, починається з моменту появи тривожного напруження. Людина усвідомлено або несвідомо прагне до психологічного комфорту, намагається знизити тиск зовнішніх обставин за допомогою наявних у її розпорядженні засобів.

1. Симптом «неадекватного вибіркового емоційного реагування» – ознака вигорання, коли професіонал перестає вловлювати різницю між економічним проявом емоцій і неадекватним вибірковим емоційним реагуванням. У першому випадку йдеться про вироблену з часом корисну навичку підключати до взаємодії з партнерами емоції досить обмеженого регістра й помірної

інтенсивності: легка усмішка, привітний погляд, спокійний тон мовлення, стримані реакції на сильні подразники, лаконічні форми вираження незгоди. Зовсім інша справа, коли професіонал неадекватно «економить» на емоціях, обмежує емоційну віддачу за рахунок вибіркового реагування під час робочих контактів.

2. Симптом «емоційно-моральна дезорієнтація» – нерідко у професіонала виникає потреба в самовиправданні, не виявляючи належного емоційного ставлення до суб'єкту, він захищає свою стратегію. Подібні думки, свідчать про те, що емоції недостатньо стимулюють етичні відчуття. Адже професійна діяльність, побудована на людському спілкуванні, не знає виключень.

3. Симптом «розширення сфери економії емоції» – має місце тоді, коли дана форма захисту здійснюється поза професійною діяльністю (в спілкуванні з рідними, знайомими та друзями). На роботі професіонал настільки втомлюється від контактів, розмов, відповідей на запитання, що не хочеться спілкуватися навіть з близькими.

4. Симптом «редукції професійних обов’язків» – в професійній діяльності редукція проявляється у спробах полегшити обов'язки, які вимагають емоційних витрат.

Фаза *«Виснаження»* – характеризується більш-менш вираженим падінням загального енергетичного тонусу й ослабленням нервової системи. Емоційний захист у формі «вигорання» стає невід’ємним атрибутом особистості.

1. Симптом «емоційного дефіциту» – професіонал відчуває, що емоційно він уже не може допомагати суб’єктам своєї діяльності. Не в змозі увійти в їх становище, брати участь у спільній діяльності на співпереживати, відгукуватися на ситуації, що повинні зачіпати, спонукати, підсилювати інтелектуальну, вольову й етичну віддачу.

2. Симптом «емоційної відчуженості» – особистість майже повністю виключає емоції зі сфери професійної діяльності. Її майже нічого не хвилює, майже ніщо не викликає емоційного відгуку – ані позитивні обставини, ані негативні. Реагування без відчуттів і емоцій – найяскравіший симптом «вигорання». Він

свідчить про професійну деформацію особистості й завдає збитку суб'єкту спілкування.

3. Симптом «особистісної відчуженості або деперсоналізація» – проявляється у повній або частковій втраті інтересу до людини – суб'єкта професійної діяльності. Об'єкт обтяжує професіонала своїми проблемами, потребами, неприємні ані присутність, ані сам факт його існування.

4. Симптом «психосоматичних і психовегетативних порушень» – виявляється на рівні фізичного і психічного самопочуття. Перехід реакцій з рівня емоцій на рівень психосоматики свідчить про те, що емоційний захист (вигорання) самостійно вже не справляється з навантаженнями і енергія емоцій перерозподіляється між іншими підсистемами особистості. У такий спосіб організм рятує себе від руйнівної потужності емоційного вигорання. Якщо людина не докладає жодних зусиль для розвитку своїх здібностей і своєї особистості, то вона починає деградувати.

Самовдосконалення – процес, що виступає як соціально-психологічний механізм і забезпечує прогресивну зміну людини завдяки її власним зусиллям. *Саморозвиток* людини (індивіда) як природної істоти базується на особливостях її *психофізіологічної організації* і відбувається завдяки *пластичності системи її вищої нервової діяльності*, в процесі надбання і виробництва необхідних для неї продуктів біологічного існування. Показником *самовдосконалення* постає цілісність людини, обумовлена двоїстістю людської природи; в свою чергу, «діяльнісний спосіб людської реалізації робить критерієм досконалості характер діяльності: адекватний та універсальний – спрямований на здійснення родової сутності людини, чи ворожий людській суті, частковий – покликаний задовольняти суто матеріальні та фізичні потреби, які виражені у домінуючому прагненні до накопичення та споживання». Саме самооцінка визначає взаємини людини з її оточенням, критичність, вимогливість та відношення людини до успіхів і невдач, впливає на ефективність її діяльності.

2.2. Методи та методики проведеного емпіричного дослідження вибору стратегій профілактичних заходів психосоматичних розладів.

За висновками учених, одним із успішних механізмів формування стресостійкості особистості є ототожнення себе з майбутньою професією, готовність до неї, розвинута здатність до професійної самопрезентації – здатність бути конкурентоспроможним під час улаштування на роботу та входження в професійну групу, що визначається високою самооцінкою, упевненістю в собі, почуттям особистого контролю, низькою соціальною тривожністю [7].

Аналіз опису результатів дослідження за методикою В. **Щербатих «Тест на визначення рівня стресу».**

Основним завданням нашого емпіричного дослідження є вивчення особливостей механізмів психологічного захисту відповідно до рівня стресу працівників офісу. На першому етапі дослідження нами було діагностовано рівень стресу за методикою В. Щербатих «Тест на визначення рівня стресу».

Відсотковий розподіл досліджуваних відповідно до рівня стресу (у %).

Результати опитування рівнів стресу

Таблиця 2.2.1.

n =40

Відсутній	Помірний	Середній	Сильний	Виснаження
10%	20%	35%	27.5%	7.5%

Як бачимо з таблиці 1, що у 10% опитаних стрес відсутній; у 20% помірний стрес.Такі результати свідчать про високу стресостійкість досліджуваних. Вони вміють протистояти стресовим факторам та бути ефективними у стресових ситуаціях. У 35% переживають сильні стресові фактори, для них характерний середній рівень стресостійкості. Зі своїм стресом, такі досліджувані можуть справлятися використовуючи прості техніки емоційної саморегуляції. Їм варто навчитися керувати стресом завдяки проходженню певних тренінгів, опанувавши загальні й індивідуальні прийоми протистояння негативним

проявам стресу. Проте у 27.5% реціпієнтів переживають стан сильного стресу, для успішного подолання якого потрібна допомога спеціалістів, а у 7.5% досліджуваних переживають стан виснаження запасів адаптаційної енергії.

В даних опитуваних низька стресостійкість, що може призвести до погіршення самопочуття та певних захворювань. Варто звернутися за допомогою до спеціалістів. У деяких досліджуваних індивідуально проявляються ознаки стресу : інтелектуальні, поведінкові, емоційні та фізичні.

Найчастіше проявлялися ознаки стресу в респондентів:

- *Інтелектуальні:* переважання негативних думок (71%), погіршення показників пам'яті (68%), постійне і безплідне обертання думок навколо однієї проблеми (62%).
- *Поведінкові ознаки:* при стресових ситуаціях присутнє тремтіння голосу (69%), хронічна нестача часу (60%);
- *Емоційні:* занепокоєння підвищена тривожність (60%), спостерігається байдужість, зниження самооцінки, почуття провини та невдоволення собою (52%)
- *Фізіологічні:* підвищена стомлюваність (62%).

Найрідше проявлялися такі ознаки:

- *Інтелектуальні:* порушення логіки, сплутане мислення (24%), часті помилки, збої в обчисленні (29%), погані сни, кошмари (31%);
- *Поведінкові:* більш інтенсивне куріння та вживання алкоголю (5%), антисоціальна, конфліктна поведінка (7%) втрата уваги до зовнішнього вигляду, неохайність (19 %), збільшення конфліктних ситуацій на роботі чи в сімї (21%);
- *Емоційні:* втрата інтересу до життя (14%), цинічний, недоречний гумор (26%);
- *Фізіологічні:* поява алергії чи інших висипань, підвищена пітливість (10%), зниження імунітету, часті нездужання (14%), швидке збільшення або втрата ваги ,тремтіння в руках , прискорений або неритмічний пульс (21%), порушення процесів травлення (24%).

Для більш кращого аналізу окремих ознах стресу, досліджувані були об’єднані відповідно у три групи:

- з ***низькою стресостійкістю*** увішли опитувані в яких зафіксували стан сильного стресу та виснаження. У респондентів найчастіше зустрічаються інтелектуальні ознаки (38%) - погіршення пам’яті, часте зосередження на проблемах та негативних думках, спостерігаються певні зволікання у прийнятті рішень, зменшення «поля зору» та підвищене відволікання.

За нашими спостереженнями трохи меншою мірою проявляється в опитуваних із середнім рівнем стресостійкості емоційні ознаки стресу – 35%. Ці ознаки найчастіше проявляються в підвищеній тривожності, зниження самооцінки, байдужості, виникненні почуття провини чи невдоволення собою та відчутті самотності.

Середньостатистичні дані фізіологічних ознак стресу опитуваних із середнім рівнем стресостійкості становить всього 27%. Найчастіше респонденти зазначали позитивну відповідь на такі ознаки стресу: підвищену стомлюваність, швидке збільшення або втрата ваги, відчуття напруги в м’язах, деякі опитувані відчували тремтіння рук, нерівномірний пульс, дихання та підвищення чи зниження артеріального тиску.

- з ***середньою стресостійкістю*** увійшли респонденти, які переживають сильні стесові фактори. Найнижчий відсоток ознак стресу в людей із середнім рівнем стресостійкості – це поведінкові (23%). В деяких респондентів спостерігалося хронічна нестача часу, тремтіння голосу при стресовій ситуації, низька продуктивність,в інших - втрата апетиту чи переїдання та більш швидка або уповільнена вимова. В опитуваних із високим рівнем стресостійкості можуть проявлятися інтелектуальні ознаки стресу, проте середньостатистичний відсоток інтелектуальних ознак сягає всього 23% , а це від 1-3 ознак із 12. В деяких респондентів із цієї групи виявлялися такі інтелектуальні ознаки: переважання негативних думок, погіршення пам’яті, підвищене відволікання та

зволікання у прийнятті рішень. Проте у більшості опитуваних спостерігалися 1-2 ознаки з вище перечислених.

- з ***високою стресостійкістю*** увійшли досліджувані з помірним стресом та в яких вагомий стрес відсутній. Поведінкові та емоційні ознаки стресу у респондентів з високим рівнем стресостійкості проявляються в однаковій мірі – 15%. В деяких опитуваних не було виявлено поведінкових та емоційних ознак стресу, проте в інших спостерігалися такі поведінкові ознаки ознаки : хронічна нестача часу, непродуктивність та тремтіння в голосі під час стресової події; та емоційні ознаки стресу: байдужість, невдоволення собою або почуття провини, зниженння самооцінки. Фізіологічні ознаки опитуваних з високим рівнем стресостійкості становлять лише 5%. В більшості респондентів немає фізіологічних ознак стресу, проте деякі скаржилися на підвищену стомлюваність, хронічну нестачу часу та непродуктивність. Дуже багато відповідей «Так» зібрав стан постійного і безплідного обертання думок навколо однієї проблеми, а саме 25 із 40. Швидше за все працівники офісу хвилюються щодо того, чи зможуть вони вдало виконати свої професійні обов’язки.

Наступний стан, який набрав дуже багато відповідей «Так», – стан зменшення задоволення від життя. Напевно, цей стан прямо пов’язаний зі станом постійного обертання думок навколо однієї проблеми. Також велику роль тут відіграє те, що під кінець року у більшісті працівників нервова система уже дуже виснажена, про що свідчить стан підвищеної стомлюваності, який набрав 25 відповідей «Так».

Не менш важливим станом є стан почуття відчуженості, самотності. Він набрав 16 відповідей «Так». Робітник проводить більше часу перед екраном комп’ютера. Такий великий відсоток відповідей «Так» у принципі очікуваний, адже замість живого спілкування робітники офісу більше свого робочого часу проводять перед комп’ютером. В таких умовах праці можуть виникнути проблеми з психічним здоров’ям: підвищена тривожність, депресія, стрес, страх [26].

Проте, якщо б ми розглядати результати тесту окремої людини, ми б простежили деякі відхилення від середньостатистичних даних, адже кожна людина індивідуальна, тому варто завжди враховувати індивідуальні особливості людини. Також варто підсумувати, що чим вища стресостійкість, тим менше ознак стресу та легше з ним впоратися без шкоди для організму та навколишнього середовища. Організм більшості досліджуваних вже дуже близький до межі можливостей чинити опір стресу. Важливо проаналізувати відповіді реціпієнтів на деякі стани (дивись Додаток А).

Аналіз опису результатів за методикою Кузнецова О.В. **«Тест на самооцінку»**. Для більш досконалого проведення подальшого емпіричного дослідження працівників підприємства другою методикою дослідження була вибрана методика **«Тест на самооцінку»** (Кузнецова О.В.)

Самооцінка - це оцінка людиною власних здібностей, якостей і місця серед інших людей. Вона є важливим компонентом самосвідомості і впливає на всі сфери життя людини, від її взаємин з іншими до її успіху в роботі. Вона формується на основі різних факторів, таких як: особистісні особливості людини, такі як темперамент, характер, тип мислення; смейне виховання та оточення; освіта та професійний досвід; суспільство та культура, в якій живе людина. Самооцінка може бути високою, низькою або адекватною [18].

Висока самооцінка характеризується позитивним ставленням досебе, вірою в свої сили та можливості. Люди з високою самооцінкою, як правило, успішні в житті, мають хороші відносини з іншими людьми, більш стійкі до стресу. Адекватна самооцінка характеризується реалістичним ставленням людини досебе, усвідомленням своїх сильних і слабких сторін. Люди з адекватною самооцінкою, як правило, успішні в житті, мають здорові відносини з іншими людьми, здатні до адаптації до змін [21].

Низька самооцінка характеризується негативним ставленням людини досебе, недовірою до своїх сил та можливостей. Такі люди як правило, не досягають успіху в житті, мають проблеми в міжособистісних відносинах, більш схильні до депресії та інших психосоматичних розладів.

Самооцінка є важливою рисою кожної особливості й регулятором її поведінки. Вона *характеризується*: динамічністю, поступовим розвитком у процесі життя. Саме самооцінка виконує *захисну* функцію (яка забезпечує нам стабільність і відносну незалежність кожного із нас), *регуляторну* (преорітетом якої є вирішення завдань особистісного вибору) та *розвиваючу* (забезпечує поштовх до розвитку особистості) функції особистості. Існує чітка схильність до підвищення самооцінки при підвищених успіхах. Знайшовши свою ідентичність у роботі, яка приносить задоволення чи успіх, людина має реальну змогу активно вирішувати власні внутрішні протиріччя, а це вимагає щирості та відвертості з собою. Тому, щоб оцінити вірно свої ціннісні орієнтації, спочатку треба знати як людина оцінює сама себе «Тест на самооцінку» (Кузнецова О.В.) дивись (табл. 2.2.2.)

За результатами методики виявлення рівня самооцінки (Кузнецова О.В.) отримано наступні результати, які можна наочно продемонструвати у таблиці:

Таблиця 2.2.2.

n=40

Рівень	Кількість (у %)
Високий	10, 63%
Середній	38, 51%
Низький	50,86%

Тестування цього досліджування показали, що 10, 63% реципієнтів мають високий рівень самооцінки, що дозволяє людині бути занадто впевненою в собі, переоцінюють свої здібності та можливості. Люди з високою самооцінкою, як правило, більш стійкі до стресу та краще справляються з професійним вигоранням. Вони вірять у свої сили та можливості, і тому більш схильні до позитивного ставлення до роботи, навіть у складних ситуаціях.

38, 51% досліджуваних мають показник середнього рівня самооцінки, така людина рідко страждає комплексом неповноцінності, лише час від часу намагається підлаштуватися під думку інших людей. Вони об'єктивно оцінюють себе та інших, здатні відповідати за свої вчинки й подати руку допомоги іншому, правильно реагують на зауваження і рідко сумніваються в необхідності своїх дій;

50,86% - мають низьку самооцінку, болісно переносять зауваження, не впевнені в собі. Тому, дані результати дослідження самооцінки будуть впливати на показники подальших наших досліджень, особливо на самоактуалізацію особистості. Самооцінка є одним із важливих факторів, які впливають на розвиток професійного вигорання. Люди з низькою самооцінкою більш схильні до професійного вигорання. Вони часто відчувають себе некомпетентними та не здатними впоратися з вимогами роботи. Це може призводити до почуття безпорадності, вигорання та інших проблем.

Аналіз опису результатів за методикою В.В. Бойко «**Діагностика рівня емоційного вигорання»**.

Вплив трудової діяльності на особистість працівника та процеси професійної деформації все частіше стають об'єктом вивчення не лише науковців, а й цікавлять звичайних людей. Важлива увага при цьому приділяється феномену *професійного вигорання*, адже саме він є одним із основоформуючих для адекватного психологічного самопочуття людини та побудови гармонійної комунікації з оточуючими. Професійне вигорання - це синдром, який характеризується фізичним, емоційним і когнітивним виснаженням, що виникає внаслідок хронічного стресу на роботі. Професійне вигорання може призвести до зниження продуктивності праці, погіршення відносин з колегами та керівництвом, а також до розвитку депресії та інших психічних розладів [7].

Для вирішення здійснення профілактичних заходів виникнення психосоматичних розладів, що спроектовані на професійні ситуації для працівників офісу у дослідженні була використана методика «**Діагностика рівня емоційного вигорання»** за В.В. Бойко, в якій 84 твердження, орієнтовані

на робочі умови. Метою дослідження цієї методики є: здійснити теоретичне та практичне дослідження аспектів виникнення феномену емоційного вигорання серед працівників офісу, основних його причин розвитку та надати рекомендації стосовно профілактики та попередження даного синдрому за допомогою аналізу зарубіжної та вітчизняної літератури.

Методика складається з 84 суджень. У відповідності з ключем здійснюються наступні підрахунки:

- визначається сума балів окремо для кожного з 12 симптомів вигорання. За кожний збіг відповідей з ключем, відповідь оцінюється тією кількістю балів, яку вказано поряд з номером питання. Кожна шкала містить сім питань і максимальна кількість 30 балів;
- підраховується сума показників симптомів для кожної з 3-х фаз формування синдрому вигорання. Для цього складаються результати за чотирьома шкалами кожної фази окремо;
- підсумковий показник синдрому емоційного вигорання – це сума показників всіх 12 симптомів . На основі розгляду смислового змісту та кількісних показників, обчислених для різних фаз формування синдрому «вигорання», можна дати досить складну характеристику особистості й намітити індивідуальні заходи профілактики та психокорекції.

Розглядаються такі питання:

- які симптоми домінують;
- якими симптомами супроводжується «виснаження»;
- чи можна пояснити «виснаження» (якщо воно виявлено) чинниками професійної діяльності, що увійшли до симптоматики «вигорання» або суб’єктивними чинниками;
- які симптоми найбільш обтяжують емоційний стан особистості;
- які ознаки та аспекти поведінки особистості підлягають корекції, щоб емоційне вигорання не завдало шкоди їй самій, професійній її діяльності та партнерам.

Інтерпретація результатів. Обробка даних виконується за таблицею:

«+» – відповідь «так»;

«-» – відповідь «ні»;

цифра після знаку – номер питання;

цифра у дужках – кількість балів, які слід зарахувати за це питання, якщо ваша відповідь збіглася зі знаком. Максимальну оцінку (10 балів) отримує ознака, що є найбільш показовою для симптому.

Для обробки результатів слід визначити суму балів окремо для кожного із 12 симптомів для кожної з трьох фаз «вигорання»; знайти підсумковий показник синдрому емоційного вигорання – загальна сума балів.

Ця методика дає докладну картину емоційного вигорання. Насамперед слід звернути увагу на окремі симптоми. Показник вираженості кожного з них знаходиться у межах від 0 до 30 балів:

9 і менше – симптом не сформувався;

10- 15 балів – симптом формується;

16 і більше – симптом сформувався.

Симптом з показниками 20 і більше балів належать до домінуючих у фазі або у всьому синдромі емоційного вигорання. Таким чином, виявляються провідні симптоми вигорання.

Важливо визначити, до якої фази формування стресу належать домінуючі симптоми і в якій фазі їх найбільше. Подальша дія – усвідомлення показників фаз розвитку стресу: «напруження», «резистенція» і «виснаження». У кожній з них можлива оцінка від 0 до 120 балів. Але неправомірно спів ставляти бали, отримані для фаз, оскільки це не свідчить про їх відносну роль або внесок до синдрому. Явища, які в них вимірюються, є суттєво різними – реакція на зовнішні та внутрішні чинники, прийоми психологічного захисту, стан нервової системи. За кількісними показниками правомірно говорити лише про те, яка фаза сформувалась і якою мірою:

36 і менше балів – фаза не сформувалась;

37-60 балів – фаза у стадії формування;

61 і більше балів – фаза сформувалась.

Наслідки емоційного вигорання проявляються як в психосоматичних порушеннях, так і психологічних (когнітивні, емоційні, мотиваційні) змінах особистості. Вони безпосередньо впливають на психосоматичне здоров'я людини, її працездатність та продуктивність професійної діяльності.

Обробка та інтерпритація результатів:

Фаза «Напруження» ***Таблиця 2.2.3. (додаток «Г»)***

У фазі «Напруження» серед переживанн психотравмуючих обставин самими високими виявилися показники на психічні та фізичні перенавантаження;

незадоволеність собою – часті переслідування невдачі по роботі;

в загнаності у «кут» - помилка у виборі професії чи профілю діяльності, людина займає не своє місце;

У стані тривоги або депресії – людина втрачає спокій і робота стає тригером розвитку тяжких прихосоматичних розладів.

Фаза «Резістенція» ***Таблиця 2.2.4. (додаток «Д»)***

У фазі «Резістенція» при неадекватному вибірковому емоційному реагуванні самий високий бал получили показники у спілкуванні - якщо партнер не приємний, то наступає обмеження часу спілкування з ним, менше приділяється йому уваги;

Добробут партнерів мало залежить від працівника офісу з емоційно - моральною дезорієнтацією;

У стані розширення сфери економії емоцій наступає сильне емоційне виснаження, що вдома людина намагається спілкуватися з рідними якомога менше;

При редукції професійних обов'язків робітник віддає партнерові менше уваги, але так, щоб цього ніхто не помітив.

Фаза «Виснаження» ***Таблиця 2.2.5. (додаток «Е»)***

У фазі «Виснаження» при емоційному дефіциті у працівника наступає стан, коли потреби, прохання партнерів зазвичай сильно хвилюють;

У стані емоційного відчудження людина втрачає сенс до всього, або майже до всього, що відбувається на роботі, зацікавленність, живе почуття;

У стані деперсоналізації (особистісного відчудження) у людини притупляються емоції, робота погано впливає на стан професійного вдосконалення, робить людину знервованою, злою, притупляє емоції;

При психосоматичних та психовегетативних порушеннях людинні приходиться часто приймати ліки, щоб відновити сили.

Аналіз даних дослідження методики «Діагностика рівня емоційного вигорання» за В.В. Бойко дозволяє зробити наступні висновки провідних симптомів «вигорання» по всім трьом фазам:

У всіх трьох фазах виялено сформованності стадій «емоційного вигорання» (по 120 балів) і чинниками такого стану є - психічні та фізичні перенавантаження, часті переслідування невдачі по роботі, помилка у виборі професії чи профілю діяльності, втрата спокою, неадекватний вибір емоційного реагування у спілкуванні, емоційно - моральна дезорієнтація, що поліпшує добробут партнерів, розширення сфери економії емоцій, редукція професійних обов'язків (віддає партнерові менше уваги), людина втрачає сенс до всього, що відбувається на роботі (зацікавленність, живе почуття), особистісне відчудження, що сприяє розвитку психосоматичних хвороб.

Висновки до 2 розділу

Емпіричне дослідження профілактичних заходів виникнення психосоматичних розладів офісних працівників дозволяє виявити різний рівень їх проявів у дослідженні. Провідним видом діяльності протягом зрілого дорослого віку залишається праця. Основним чинником розвитку особистості в дорослому віці є успіхи на роботі, які сприяють її самоактуалізації. Серйозною проблемою людей зрілого дорослого віку в Україні є зміна місця роботи, професійної діяльності. Багато з них втрату роботи, проблеми працевлаштування, перекваліфікації сприймають як життєву катастрофу, що спричинює конфлікти у сім'ях та внутріособистісні конфлікти [26]. У більшості із них значних змін зазнає сімейне життя. Окремі з них, розчарувавшись у своїй

роботі, втративши її чи не досягнувши бажаного професійного статусу, відчувають гостре невдоволення собою і своїм життям. Інші, збагнувши, що надто багато часу було віддано професійним справам, зосереджуються на сім'ї, міжособистісних стосунках, духовному, моральному вдосконаленні. Людина все частіше задумується над сенсом життя, цінністю здійсненого та досягнутого [30].

З віком фізичні навантаження зменшуються, в силу специфіки професійної діяльності. Гіподинамія та стресові впливи негативно впливають на діяльність практично всіх фізіологічних систем. Вони особливо несприятливо впливають на центральну нервову систему, на обмін речовин, знижують опірність організму до захворювань, викликають передчасне старіння, Людина стає невитривалою, слабкою, непрацездатною. Про роль центральної нервової системи у розвитку втоми свідчить також зниження працездатності в під впливом негативних емоцій і мотивацій [32].

Першою методикою дослідження була методика «Тест на визначення рівня стресу» за Ю. Щербатих, що є психодіагностичним інструментом, який дозволяє оцінити рівень стресу у людини. За результатами методики визначається рівень вираженості стресостійкості:

35% переживають сильні стресові фактори, для них характерний середній рівень стресостійкості;

27.5% реціпієнтів переживають стан сильного стресу, для успішного подолання якого потрібна допомога спеціалістів;

7.5% досліджуваних переживають стан виснаження запасів адаптаційної енергії. В умовах обмеження часу нашого дослідження принциповим було фокусування на найбільш актуальних проблемах пацієнта. Це, наприклад, реакція на гостру стресову подію, що призвела до декомпенсації психічного та соматичного стану, або стійкий дезадаптивний патерн поведінки, що призводить до «хронічного дистресу» (стану емоційного вигорання).

Синдром «емоційного вигорання» – це процес поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергії, що виявляється в симптомах емоційного,

розумового виснаження, фізичного стомлення, особистої відстороненості та зниженням задоволення від виконаної роботи. Коли вимоги до людини (зовні та внутрішні) постійно перевищують її ресурси, порушується стан психофізіологічної рівноваги. Емоційне вигорання негативно впливає не тільки на самих працівників, на їх діяльність і самопочуття, але і на тих, хто знаходиться поруч з ними [43].

Самооцінка особистості є актуальною при «професійному вигоранні», бо вона впливає на мотивацію професійного самовдосконалення. Тому для більш досконалого проведення подальшого емпіричного дослідження працівників підприємства другою методикою дослідження була вибрана методика **«Тест на самооцінку»** (Кузнецова О.В.). Аналіз результатів цієї методики показав, що 10, 63% реципієнтів мають високий рівень самооцінки, що дозволяє їм бути занадто впевненими в собі. Люди з високою самооцінкою більш мотивовані до досягнення успіху в роботі, вони вірять у свої сили та можливості, і тому більш схильні до ризику та нових починань. Це може допомогти їм уникнути професійного вигорання, оскільки вони будуть більш зацікавлені у своїй роботі та більше отримуватимуть від неї задоволення. Самооцінка впливає на «стресостійкість». Люди з високою самооцінкою більш стійкі до стресу, вони краще справляються з негативними емоціями та труднощами. Це може допомогти їм уникнути професійного вигорання, оскільки вони будуть краще справлятися з емоційними навантаженнями на роботі. Самооцінка впливає на відносини з колегами та керівництвом. Люди з високою самооцінкою більш впевнені в собі та схильні до конструктивного спілкування. Вони менш схильні до конфліктів і краще справляються з критикою. Це може допомогти їм уникнути «професійного вигорання», оскільки вони будуть мати більш здорові відносини з колегами та керівництвом;

38, 51% досліджуваних мають показник середнього рівня самооцінки. Вони об’єктивно оцінюють себе та інших, здатні відповідати за свої вчинки, правильно реагують на зауваження і рідко сумніваються в необхідності своїх дій;

50,86% - мають низьку самооцінку, болісно переносять зауваження, не впевнені в собі. Тому, дані результати дослідження самооцінки будуть впливати на показники подальших наших досліджень, особливо на самоактуалізацію особистості. Отже, підвищення самооцінки є важливою стратегією профілактики професійного вигорання. Люди, які працюють над підвищенням самооцінки, стають більш стійкими до стресу, краще справляються з негативними емоціями та труднощами, і мають більш здорові відносини з колегами та керівництвом. Це може допомогти їм уникнути професійного вигорання та зберегти психічне та фізичне здоров'я.

Таким чином, попередні методики дослідження дають можливість здійснити комплексне дослідження «емоційного вигорання», а саме виокремити симптоми, що більш повно розкривають дане явище та визначити фазу, яка є «пусковим» механізмом у розвитку емоційного вигорання.

Тому наступною методикою нашого дослідження запропонована методика В.В. Бойко «Діагностика рівня емоційного вигорання». Результати аналізу даної методики дозволяють повідомити, що у всіх трьох фазах виявлено сформованності стадій «емоційного вигорання» (по 120 балів) і чинниками такого стану є - психічні та фізичні перенавантаження, людина втрачає сенс до всього, що відбувається на роботі, особистісне відчудження, що сприяє розвитку психосоматичних хвороб.

У фазі «*Напруження*» серед переживанн психотравмуючих обставин самими високими виявилися показники на психічні та фізичні перенавантаження.

У фазі «Резістенція» при неадекватному вибірковому емоційному реагуванні самий високий бал получили показники у спілкуванні.

У фазі «Виснаження» при емоційному дефіциті у працівника наступає стан, коли потреби, прохання партнерів зазвичай сильно хвилюють, а це призводить до психосоматичних хвороб і людиніі треба приймати ліки.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ МОДЕЛЕЙ ВИБОРУ ПРОФІЛАКТИЧНИХ СТРАТЕГІЙ ЗМІН ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

3.1. Особливості вибору моделей практичних заходів профілактики психосоматичних розладів: організаційно-технічні, медико-психологічні, соціально-психологічні та психопрофілактика.

Аналіз проблем вивчення синдрому «професійного вигорання», проведений авторами в різних організаціях, показав, що до основних методик, які можуть бути використані організаційними психологами при дослідженні цієї проблеми, належать:

1. Методика «Діагностики рівня емоційного вигорання» В.В. Бойка.
2. Методика «Визначення психічного «вигорання» О.О. Рукавішнікова.
3. Методика «Синдром «вигорання» в професіях системи «людина — людина».
4. Методика «Оцінка власного потенціалу «вигорання».
5. Методика «Дослідження синдрому «вигорання».

Необхідно зауважити, що кожна із зазначених методик дає можливість насамперед виявити *рівень розвитку синдрому та його окремих складових.* Незважаючи на різне термінологічне значення понять, які використовуються науковцями, — «професійне вигорання», «емоційне вигорання», «психічне вигорання», «вигорання» та ін., вони є синонімами і розкривають ті чи інші аспекти «вигорання», як у професійній, гак і в інших сферах життєдільяності людини [54].

Переживання почуття власної неспроможності, байдужість до професійної діяльності, втрата значущих життєвих цінностей, занижена самооцінка, призводять до зниження внутрішньо-особистісних ресурсів, розвитку психосоматичних порушень і як наслідок розвиток *синдрому емоційного вигорання*. Синдром емоційного вигорання зустрічається, в першу чергу, у представників професій типу «людина-людина», специфіка професійної діяльності яких представлена високою соціальною значимістю як процесу, так і результату праці, наявністю більшої кількості стрес-факторів (вираженої емоційним навантаженням, високою інтенсивністю і тривалістю контактів та ін.). Розвиток стану емоційного вигорання визначається особливостями впливу ряду факторів на організм і психіку, які обумовлюють формування і прояв механізмів психофізіологічної регуляції функціональних процесів та поведінки. До цих факторів належать, з одного боку, зовнішні впливи, викликаються особливостями діяльності (її змісту, засобів, умов і організації), а з іншого боку – індивідуальними характеристиками фізіологічних, біохімічних процесів, професійних і психологічних якостей, що відображають специфіку трудового процесу та особистості професіонала [59].

Однією з центральних проблем психологічної науки останніми роками стала поширеність порушень психічної адаптації, яка пов'язана зі зростанням вимог до психологічних ресурсів людини, і перш за все, з соціально-економічною і політичною нестабільністю в країні. У свою чергу це привело до масових специфічних соціально-психологічних явищ, до яких належить і емоційне вигорання, яке стало предметом вивчення психології. Проблема емоційного вигорання є однією із центральних в аспекті удосконалення професійної підготовки працівників [20].

Емоційне вигорання – це стереотип професійної поведінки. «Вигорання» частково функціональний стереотип, оскільки дозволяє фахівцю дозувати й економно витрачати енергетичні ресурси. Проте в цьому механізмі можуть з’являтися дисфункційні зміни, коли «*вигорання*» негативно позначається на виконанні професійної діяльності і стосунків у групі.

Вагомий внесок у вивчення окресленої проблеми здійснили В.В. Бойко, Н.Є. Водоп'янова, О.О. Рукавішнікова (розробляли психодіагностичний інструментарій), С.Д. Максименко, Л.М. Карамушка (вивчали та обґрунтовували сутність та структуру емоційного вигорання), В.О. Орел, Т.В. Зайчикова, М.В. Борисова (аналізують детермінанти розвитку емоційного вигорання), К.М. Лаврова, Д.В. Трунов, Є.П. Ільїн, Н.В. Самоукіна (здійснюють пошук засобів профілактики та корекції зазначеного синдрому), Т.С. Яценко (висвітила феномен психічного вигорання в аспекті його взаємозв'язку з внутрішньою суперечливістю психіки, особистісною проблематикою суб'єкта) та інші. Дослідженням питання професійного вигорання присвячена значна кількість наукових праць як вітчизняних, так і зарубіжних вчених, зокрема Бойко В.В., Водоп'янова Н.Є., Джексона С., Левицької Н.О., Робертса Г.Е., Форманюка Т.В. та інших. [13].

Серед них найвищі показники вигорання спостерігаються у фахівців, які здійснюють свою професійну діяльність у емоційно-витратних професіях.

Думки науковців щодо трактування поняття «професійне вигорання» відрізняються (Табл. 1):

Таблиця 3.1.1.

Підходи до визначення поняття «професійне вигорання»

Автор	Трактування поняття
Коновчук Н.С.	«…комплекс психічних переживань і поведінки, які позначаються на працездатності, фізичному та психологічному самопочутті, а також на інтерперсональних відносинах працівника»
Дудяк В.О	«…явище, що професійне вигорання активно формується та розвивається на тлі негативного психоемоційного стану, психологічної втоми, стресу, що призводять до вичерпання енергетичних та особистісних ресурсів людини»
Шаміс В.А.	«… процес переживання відчуття втоми та виснаженості, відчуття власного безсилля, непотрібності, марності, у результаті яких може виникнути

	низька задоволеність у роботі, прояв агресивних моментів (гніву, дратівливості, стресового стану, тривоги)»
Вілсон Ф.	«…синдром є результатом конфлікту з реальністю, коли психоемоційний стан людини виснажується в боротьбі з обставинами, які важко змінити. Внаслідок цього розвивається професійний аутизм. Необхідна робота виконується, але емоційний внесок, який перетворює завдання на творчу форму, при цьому відсутній»

Загалом виділяють три складові професійного вигорання, до яких належить:

- *емоційне виснаження;*
- *деперсоналізація;*
- *редукція професійних досягнень.*

Емоційне виснаження – це почуття емоційної спустошеності та зменшення кількості позитивних емоцій, що виникають під час виконання професійної діяльності.

Деперсоналізація – цинічне ставлення до праці та об’єктів своєї діяльності (байдужість до клієнтів, відвідувачів та результатів своєї праці).

Редукція професійних здібностей - це формування почуття некомпетентності та зміщення фокусу суто на невдачі у професійній діяльності; це процес або дія, що призводить до зменшення, послаблення або спрощення чого-небудь, іноді до повної втрати якихось об'єктів і детермінантою тут виступає *редукція особистісних досягнень* людини.

Редукція особистісних досягнень - це психологічний феномен, який характеризується зниженням відчуття компетентності в своїй професійній сфері, невдоволенням собою, зменшенням цінності своєї діяльності.

Редукція особистісних досягнень може бути одним із симптомів синдрому вигорання та може проявлятися в таких ***формах, як***:

- Негативне оцінювання себе, своїх професійних досягнень та успіхів, негативізм щодо службової гідності і можливостей;

- Нівелювання особистої гідності, обмеження своїх можливостей, обов'язків щодо інших;

- Зниження мотивації до професійної діяльності, відчуття безсилля та безпорадності;

- Зниження якості роботи, погіршення результатів діяльності.

Вона може бути викликана різними ***факторами***, такими як:

- Тривалий хронічний стрес у професійній діяльності.

- Невідповідність між професійними очікуваннями та реальністю.

- Недостатність соціальної підтримки.

- Особистісні особливості, такі як низький рівень самооцінки.

Редукція особистісних досягнень може призвести до негативних наслідків для професійної діяльності та особистого життя людини. Вона може привести до зниження продуктивності праці, погіршення відносин з колегами та керівництвом, а також до розвитку депресії та інших психічних розладів [60].

Механізми формування та підвищення стресостійкості реціпієнтів на адаптаційному періоду запропоновано в таблиці 3.1.2.

Особливості застосування способів підвищення стресостійкості працівників офісу ***Таблиця 3.1.2.***

Способи підвищення стресостійкості	**Ситуація для застосування**	**Хто може застосовувати**	**Форма здійснення**	**Зміст здійснюваного**
Переживання власних відчуттів	Підвищена тривожність, хвилювання	Тренер, наставник	Розмова, тренінг	Віднайти ту частинку, де немає хвилювання, тривоги
Створення ресурсів	Відчуття нездатності виступити перед аудиторією	Тренер, наставник	Бесіда	Пригадати або створити в уяві ситуацію успіху
Жестикуляція	Невпевнена поведінка студента на занятті	Тренер, наставник	Мінітренінг	Пригадати ситуацію відчуття впевненості (радості, комфорту)
Швидка допомога	Поведінка із «зони максимуму» чи	Тренер, наставник	Короткі завдання	Виконати нескладну дію для повернення

	«зони мінімуму»			його до реальності (Полічіть до 10 і навпаки. Знайдіть 5 кольорів у цій кімнаті й т д.)
Перемкнись і зупинись	Скарги на хвилювання, неспокій	Психолог	Індивідуальне консультування	Навчання навичок психічної стійкості

Формування стресостійкості працівників здебільшого залежить від сприятливого мікроклімату в їхньому середовищі і формування позитивного мікроклімату в колективі залежить від спрямованості учасників; у групі є ініціативні, комунікабельні особистості, які легко комунікують із колегами, щоб залучити їх до культурного та суспільного життя офісу. Для зменшення рівня професійного вигорання та профілактики виникнення редукції особистісних досягнень працівникам організації важливо дотримуватися ***рекомендацій, які сприяють зниженню стресу***:

- Створювати в професійній діяльності умови (створення сприятливого психологічного клімату в колективі).
- Забезпечувати відповідність між професійними очікуваннями та реальністю (забезпечення справедливих умов праці та оплати праці).
- Надавати соціальну підтримку працівникам, які відчувають стрес.
- Розвивати в людях позитивне ставлення досебе та своїх можливостей.
- Розподіл обов'язків між працівниками таким чином, щоб уникнути перевантажень.
- Забезпечення можливості для професійного розвитку та зростання.
- Надання працівникам можливості для відпочинку та відновлення сил.

Заходи, спрямовані на підвищення стресостійкості працівників:

- Розвиток навичок самоконтролю та управління стресом.
- Формування позитивного ставлення до життя та роботи.
- Залучення працівників до заходів з профілактики стресу, таких як тренінги, семінари, консультації.

Заходи, спрямовані на надання соціальної підтримки працівникам:

- Створення в організації системи підтримки працівників, які відчувають стрес.
- Заохочення працівників до спілкування один з одним та з керівництвом.
- Надання працівникам можливості для участі в соціальних та культурних заходах.

Заходи, спрямовані на формування здорового способу життя:

- Заохочення працівників до здорового харчування, фізичної активності та повноцінного відпочинку.
- Надання працівникам інформації здорового способу життя. Важливо, щоб заходи щодо профілактики професійного вигорання впроваджувалися на всіх рівнях організації: від керівництва до працівників. Тільки *комплексний підхід* може забезпечити ефективність таких заходів [40].

Таким чином, виходячи з вищевикладеного, вважаємо важливим завдання керівництва компаній правильний розподіл пріоритетів, цілей організації та чіткого і повного донесення суті цих понять своїм співробітникам. З іншого боку, на самих працівниках теж лежить частина відповідальності за те, щоб робота була не важким тягарем, а емоційно та морально приємною діяльністю з повноцінними здоровими взаєминами з колегами та іншими суб'єктами їх професійної діяльності. Також, важливо самостійно формувати стійкість до професійного вигорання, шляхом достатньої особистої адаптивності та мобільності, високою самооцінкою та рівнем впевненості у собі й своїх силах. Самооцінка може змінюватися протягом життя людини. Вона може підвищуватися або знижуватися в залежності від різних факторів, таких як успіхи або невдачі в житті, зміни в сімейному житті, професійній діяльності, соціальному статусі [27].

Для того, щоб розвинути адекватну самооцінку, важливо:

Усвідомлювати свої сильні і слабкі сторони.

Оцінювати свої досягнення та успіхи.

Завдавати собі реальні цілі та завдання.

Отримувати позитивну підтримку від інших людей.

Додатково до цього слід дотримуватися позитивного мислення, підтримувати високі показники свого професійного зростання та приділяти увагу активному способу життя.

3.2. Взаємозв'язок характеристик та моделей вибору профілактичних заходів до позитивних змін психосоматичних розладів.

В основі психосоматичних порушень лежить обмеження здатності індивіда до підтримання оптимальної рівноваги з середовищем, порушення процесу саморегуляції організму. Найбільш значущими для психотерапевтичної роботи є принципи гештальт-підходу:

1. Принцип цілісності - людина являє собою цілісний організм в єдності його біологічних, психологічних, соціальних і духовних аспектів (є єдиним гештальтом), і, що не менш важливо, він представляє єдиний гештальт зі своїм навколишнім середовищем (поле - організм / середа).
2. Принцип рівноваги - здоровий організм здатний підтримувати гомеостатичну рівновагу зі своїм середовищем: використовуючи навколишнє середовище, задовольняти значущі особистісні потреби.
3. Принцип творчого пристосування - здоровий організм пристосовується до мінливих умов середовища, знаходячи можливості для задоволення своїх потреб (Перлз, 1996; Робін, 1996). Відповідно у індивіда, психічне або фізичне здоров'я відзначається порушенням узгодженості між окремими фізіологічними і психічними процесами, порушення гомеостатичної рівноваги (життєво важливі потреби організму не задоволені в силу зовнішніх або внутрішніх причин) і порушення здатності до творчого пристосуванню (використання власних можливостей і можливостей середовища для задоволення потреб). Відповідно до зазначених принципів, цілями проведених профілактичних заходів буде відновлення гомеостатичного балансу організму і здатності до творчого пристосування, (в іншому випадку відновлений організмом баланс не буде зберігатися довго). Відповідно до теорії гештальт-терапії, патологічні симптоми виникають тоді, коли індивід знаходиться в полі, в якому фрустріруются його значимі потреби - в матеріальному добробуті, соціальному

статусі, фізичної безпеки, що задовольняють міжособистісні відносини. Гомеостатичну рівновагу порушено, причому в поточний момент часу особистість не знає, як задовольнити перервані потреби, і нездатна відновити порушений баланс. У зв'язку з цим першочерговим завданням психологічної допомоги є створення поля, в якому хоча б частково можуть бути задоволені деякі потреби пацієнта - потреба в безпеці, увазі, повазі та ін. Інша частина роботи з корекції психологічного стану полягає в здійсненні власне психотерапевтичного процесу. Наприклад, людина, яка почала щось робити, але не закінчила, може розвинути психосоматичні захворювання, пов'язані з почуттям незадоволення, такі як хронічна втома або порушення сну [22].

Профілактика психосоматичних захворювань за теорією Гудмана спрямована на відновлення зв'язку між тілом і розумом. Це може бути досягнуто за допомогою таких методів, як:

Психотерапія, яка допомагає людині усвідомити свої емоції і почуття та знайти способи їх вираження: людина, яка відчуває *гнів,* але не дозволяє собі відчувати його, може розвинути виразку шлунка або мігрень. Це пов'язано з тим, що гнів - це емоція, яка пов'язана з м'язовим напруженням, особливо в області шлунка та голови. Якщо людина не дозволяє собі відчувати гнів, ці м'язи можуть бути постійно напруженими, що може призвести до розвитку захворювань.

Людина, яка відчуває *тривогу*, але не дозволяє собі відчувати її, може розвинути серцево-судинні захворювання. Це пов'язано з тим, що тривога - це емоція, яка пов'язана з підвищенням артеріального тиску та частоти серцевих скорочень. Якщо людина не дозволяє собі відчувати тривогу, ці фізичні зміни можуть стати постійними, що може призвести до розвитку захворювань.

Людина, яка відчуває *печаль,* але не дозволяє собі відчувати її, може розвинути депресію. Це пов'язано з тим, що печаль - це емоція, яка пов'язана з гальмуванням фізичних функцій. Якщо людина не дозволяє собі відчувати печаль, ці гальмування можуть стати постійними, що може призвести до розвитку захворювань.

Зрозуміння того, як порушення зв'язку між тілом і розумом можуть призвести до розвитку психосоматичних захворювань, може допомогти людям у профілактиці та лікуванні психосоматичних захворювань [7].

Редукція особистісних досягнень може бути викликана різними факторами, такими як:

Тривалий хронічний стрес у професійній діяльності.

Невідповідність між професійними очікуваннями та реальністю.

Недостатність соціальної підтримки.

Особистісні особливості, такі як низький рівень самооцінки, занижена самооцінка.

Редукція особистісних досягнень може призвести до негативних наслідків для професійної діяльності та особистого життя людини. Вона може привести до зниження продуктивності праці, погіршення відносин з колегами та керівництвом, а також до розвитку депресії та інших психічних розладів.

Для профілактики редукції особистісних досягнень важливо дотримуватися таких рекомендацій:

Створювати в професійній діяльності умови, які сприяють зниженню стресу.

Забезпечувати відповідність між професійними очікуваннями та реальністю.

Надавати соціальну підтримку працівникам, які відчувають стрес.

Розвивати в людях позитивне ставлення досебе та своїх можливостей [10].

Українська асоціація психологів радить адаптуватися до нової професійної реальності такими методами, як:

• емоційний інтелект;

• добробут тут і зараз;

• інноваційне навчання;

• взаємна підтримка.

Емоційний інтелект. Потрібно навчитися звертати увагу на свої емоції та переживання, відкрито висловлювати їх.

Добробут тут і зараз. Потрібно дотримуватися заходів соціальної дистанції, але не ізолювати себе від оточення: спілкуйтеся в інтернеті з друзями,

обговорюйте навчально-професійні процеси у чатах, організовуйте розваги в інтернеті, приєднуйтеся до цікавих флешмобів.

Інноваційне навчання. Зосередьтеся на своєму академічному виборі та використовуйте особисту перерву, щоб краще зрозуміти, що вам насправді подобається, які ваші цілі та ваша стратегія на майбутнє. Подбайте про комфортний особистий простір, організуйте своє робоче місце, навчіться домовлятися про спокій і тишу з родиною. Створіть для себе тижневий розклад із правильно розподіленим навантаженням, використовуйте програми з календарними планами та виконуйте завдання разом, щоб не боятися, щось переплутати або забути. Іноді змінюйте свій звичний повсякденний ритм, щоб вийти з рутини і монотонного перебігу подій. Співпрацюйте з колегами над виконанням завдань – це може зменшити навантаження на кожного та зробити професійне навчання більш живим та емоційним.

Взаємна підтримка. Допомагайте одне одному: у навчанні, роботі, вирішуючи особисті, побутові проблеми. Будьте уважнішими до людей, поведінка чи емоційний стан яких викликає занепокоєння. Підтримуйте один одного. Адже інші також відчувають те саме, бо змушені адаптуватися до дистанційної роботи, опановувати нові навички та намагатися використовувати новітні технології. Обговорюйте проблемні моменти, пов’язані зпрофесійним розвитком, оцінюванням, вносьте пропозиції, виявляйте розуміння. Усе це надихневесь колектив, спонукатиме їх до вдосконалення та дозволить вирватися з ізоляції за допомогою безшумного монітора [12].

Можливо навчитися **керувати стресом** у три способи:

1. Звернутися до книг з управління стресом. Перевагою цього методу є те, що ви отримуєте інформацію, коли це зручно для вас.

2. Пройти тренінги з управління стресом, опанувавши загальні й індивідуальні прийоми протистояння негативним проявам стресу.

3. Пройти діагностику зі стресостійкості й виробити свою програму найбільшої ефективності поводження за допомогою консультування. Позитивною рисою є

суто індивідуальний підхід, вибір сприятливого часу для вас, збереження конфіденційності [14].

До методів профілактичних заходів можна запропонувати **методи *формування стресостійкості***.

1. **Аутогенна вправа** – психотерапевтичний метод, що забезпечує пацієнтам розслаблення м'язів, самонавіювання, розвиток концентрації та сили ідей, здатність керувати мимовільною увагою, розумовою діяльністю. Основною частиною аутогенних вправ є щоденні психологічні вправи. Однак, щоб оволодіти ними та постійно використовувати з мінімальними витратами часу, потрібно спочатку вивчити підготовчі вправи: розслабити м'язи, розігріти тіло та кінцівки, виконати вправи на дихання. Психічну саморегуляцію опановують у процесі систематичних вправ, тому аутогенні вправи, як правило, – це вправи через навчання і вправи з кінцевим результатом дії на організм.

2. **Самопідготовка** – ефективний спосіб зміцнення психіки, що дає змогу підготувати людину до особливих умов, наприклад, пов'язаних із дистанційною роботою. За допомогою аутотренінгу з'являються позитивні емоції, що запобігає роботі в стресових ситуаціях і поліпшує адаптацію до чинників професійної діяльності. Щоденне використання методу аутогенного тренування значно підвищує працездатність студентів.

3. **Медитація.** Усі варіанти медитаційної психотехніки по суті розподіляють на два види: медитація інсайту та медитація концентрації. Об'єктом уваги в медитації Сото Дзен є загальний зовнішній об'єкт (наприклад, квіти заспокійливого пейзажу). Для цього тибетські буддисти використовують мандалу – геометричну фігуру, у якій записані інші геометричні фігури, важливі з духовно-філософського погляду. Як об'єкти концентрації та звуків використовують чигрому барабанного бою – надам, тихо повторювані слова – мантри.

4. **Прогресивна релаксація.** Іноді її називають нервово-м'язовим або нав'язливим розслабленням. Прогресивне розслаблення допомагає в разі головних болів, мігрені. Ефекти ірраціональних спазмів і м'язової напруги

можна зменшити або звести до мінімуму за допомогою регулярних інтенсивних вправ на розслаблення. Доведено, що це сприяє позитивній самооцінці в людей із негативною «Я-концепцією». Крім того, цим методом можна успішно лікувати депресію, тривожність і безсоння.

5. **Біологічний зворотний зв'язок** – це процес, за допомогою якого людина навчається впливати на фізіологічні реакції двох типів: які непідвладні контролю і які можна легко регулювати, але процес регуляції порушений через травму або хворобу. Об'єктом маніпуляції є суб'єктивні відчуття, фокус уваги, процес мислення. Біологічний зворотний зв'язок складається з трьох етапів: вимір фізіологічних параметрів, подолання результатів вимірювань у зрозумілій формі, зворотний зв'язок. Фобії, тривожність, страх публічних виступів, порушення сну, потяг до алкоголю, наркотиків, депресія та гіперактивність у дітей коригують за допомогою біологічного зворотного зв'язку. Сексуальні розлади і заїкання також можна виправити за допомогою цього методу.

6. **Молитва.** Кардіолог Герберт Бенсон зробив висновок, що молитва викликає реакцію розслаблення. Бенсон назвав це «фактором віри». Помітні зміни у функційному стані мозку, зокрема в частотній структурі електроенцефалограми під час християнської молитви.

7. **Свідомість** – це фіксація уваги на реальному часі, тут і зараз. Протилежна ситуація – несвідоме – ігнорує сьогодення, оскільки фокус зосереджений на меті, а не на поточному досвіді. Найпоширенішим варіантом цієї техніки є концентрація на диханні (свідоме дихання). Свідомість використовують для лікування хронічного болю, псоріазу, тривоги. Зрозуміло, що в цьому випадку домінанту знищить минулий досвід (почуття провини, докорів сумління, сорому) або страх перед майбутнім.

8. **Музика**. Звук впливає на фізіологічні та психологічні стани. «Білий шум», звуки природи використовують у техніках релаксації для усунення непотрібних звукових подразників. Музика – це ще одна форма впливу. Музика допомагає знизити кров'яний тиск, позбавити від депресії та підвищити самооцінку. На

фізіологічному рівні сприяє насиченню тканин киснем, швидкому зростанню клітин.

9. **Фізичні вправи.** Доведено, що інтенсивні фізичні вправи призводять до зменшення таких несприятливих станів, як тривожність, через пригнічення когнітивної та соматичної активності кори головного мозку. Отже, фізичні вправи позитивно впливають на психічний стан людини. Вони забезпечують життєвий тонус і це дає змогу людині більш ефективно керувати своїми емоціями, унаслідок чого зникають ознаки стресу, прояви депресивного стану, знижується тривожність. Крім того, утома ще зменшує прояв цих несприятливих станів.

Стратегія роботи з соматичними та психосоматичними захворюваннями складається з чотирьох етапів.

1. Генералізація проекції. Пацієнту пропонується побути своєю хворобою і поговорити від її імені. Можна розпитати пацієнта про характер хвороби, попросити описати її.

2. Прояв активної нереалізованої потреби, що стоїть за хворим органом, усвідомлення цієї потреби. Слід зробити акценти на позитивному аспекті хвороби («Що ти можеш дати мені цінного і необхідного, без чого я не можу обійтися?").

3. Вираз заблокованого почуття, усвідомленої потреби по відношенню до особистого оточення.

4. Інтеграція отриманого досвіду, включення його в систему цілісної особистості. При роботі з пацієнтом аналізувалось функціональне значення хвороби, ступінь її життєвої важливості, тобто з'ясувалось, що означає для нього бути хворим такою хворобою; з'ясувалось, в чому полягає особистісний смисл цієї хвороби для оточення, сім'ї, яке екзистенціальне послання ховається за цим симптомом і якими альтернативними шляхами воно може бути передано оточуючим. На особливу увагу у цьому сенсі заслуговує значення самооцінки, яку надає собі людина.

З аналізу даних дослідження маємо великий показник заниженої самооцінки досліджуваних (50,86%), тому в цілях профілактичних заходів до підвищення самооцінки пропонується наступна стратегія підвищити самооцінку:

Усвідомте свої сильні та слабкі сторони. Це допоможе вам побачити себе більш об'єктивно та прийняти свої недоліки.

Оцінюйте свої досягнення та успіхи. Це допоможе вам підвищити свою впевненість у собі.

Задавайте собі реальні цілі та завдання. Це допоможе вам досягати успіху та відчувати себе більш успішним.

Отримуйте позитивну підтримку від інших людей. Це допоможе вам відчувати себе більш цінним та бажаним для оточення.

Висновки до 3 розділу:

Стрес у працівників виявляється в основному на психологічному рівні: зниження працездатності, слабка концентрація уваги, пригнічений настрій, депресія. Значна кількість робітників схильна до стресових ситуацій. Вони не завжди вміють знайти вихід із непередбачуваної ситуації, відчувають тривожність, тому їм потрібно підвищувати рівень стресостійкості. Щоби зберегти своє психологічне здоров’я, потрібно мати високий рівень стресостійкості.Тому долати стресові ситуації і боротися зі стресом можуть допомагати тренери, психологи, психотерапевти. Під час стресів, що є результатом умов життя, працівникам потрібно змінити поведінку, думки, почуття на більш позитивні.

Розглянуто методи боротьби зі стресом, способи підвищення стресостійкості, методи формування стресостійкості. Досліджено чинники стресогенності та стресостійкості в умовахофісної роботи. Тут можна зробити висновок, що рівень стресу залежить від самого працівника, а якщо точніше, то від його адаптивних механізмів. Якщо він знає, як працює ця система, то може спокійно підлаштувати її під себе так, щоб йому було максимально комфортно. А якщо робітник до цього не пристосований, то його можуть чекати досить серйозні психосоматичні проблеми. Проблема стійкості до стресу має велике значення,

оскільки саме стійкість до стресу захищає людину від дезоорієнтації та різноманітних розладів, закладає основу внутрішньої гармонії, повноцінного психічного здоров’я та високої працездатності. Тому знання всіх цих методів та способів боротьби зі стресом надзвичайно важливе для офісної роботи.

В результаті виявлено, що для того, щоб виявити інтрапсихічний конфлікт, недостатньо просто поміряти поведінкові особистісні характеристики пацієнтів, необхідно також проаналізувати структурні особливості особистості. У результаті психологічного обстеження було проведено докладний диференційно-структурний аналіз показників, які дозволили виділити певні характеристики особистості хворих згідно з теоретичними дослідженнями. Встановлено взаємозв'язок й взаємозалежність соматичних порушень від індивідуально-типологічних особливостей особистості, проведено констатуючий експеримент; пропонована система психолого - організаційних заходів прогностичної спрямованості на суб'єктів із соматичними порушеннями з урахуванням цього взаємозв'язку; установлено достовірну ефективність запропонованої системи психолого-соматичного впливу на вибір профілактичних заходів та лікування психосоматичних розладів працівників офісу.

Аналіз результатів дослідження показав, що існує різниця між показниками в залежності від типів розладів, але не всі показники є статистично значущими. Встановлено, що істотна динаміка спостерігається за показниками: домінування-підлеглість; підозрілість-довірливість; схильність до почуття провини; репресивність; дратівливість; реактивна агресивність; сором'язливість.

У зрілому дорослому віці людина переглядає свої цілі, задумується, наскільки реалізовані поставлені перед собою завдання, часто по-новому починає бачити свою роботу, усвідомлюючи, що професійний вибір уже зроблено.

Головними цілями нашого дослідження були усвідомлення пацієнтом і психотерапевтом найбільш значущих фрустрованих потреб, які привели до психічних і психосоматичних порушень, і пошук варіантів поведінки, які

дозволять задовольнити ці потреби, або відмова від потреб, які вже неможливо задовольнити і проживанні пов'язаних з цим почуттів.

Таким чином досягався феномен «завершення гештальта» і виникали умови для усвідомлення життєвих можливостей, які залишаються для індивіда доступними.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Проведене теоретичне та емпіричне дослідження дозволило зробити висновки:

1. Результати аналізу даних наукової літератури дозволили встановити взаємозв'язок й взаємозалежність соматичних порушень від індивідуально-типологічних особливостей особистості.

2. Проведений констатуючий експеримент удосконалив систему дослідницьких процедур для виявлення взаємозв'язку й взаємозалежності індивідуально-типологічних особливостей психосоматичних розладів офісних працівників від типу їх порушень.

3. На підставі отриманих результатів дослідження пропонована система профілактичних заходів прогностичної спрямованості на суб'єктів із психосоматичними порушеннями з урахуванням взаємозв'язку, взаємозалежності та їхніх співвідношень між індивідуально-типологічними особливостями і типами розладів.

4.Установлено достовірну ефективність запропонованої системи профіілактики для працівників офісу. Подальше продовження дослідження з даної проблеми ми вбачаємо у розробці практичних методичних рекомендацій, зручних

стандартів, придатних для широкого практичного застосування, розширення профілактичних й оздоровчих заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я громадян України.

Отже, впроваджена програма психологічної корекції приводить у відповідність з новими життєвими цілями актуальні ресурси особистості за рахунок адекватної трансформації життєвої стратегії, сприяє зменшенню психопатологічної симптоматики. Отримання довготривалого стійкого ефекту від застосування профілактичної програми до хворих на психосоматичні розлади, який значно перевищує ефективність традиційного лікування, підтвердило доцільність застосування принципів інтеграції медицини та психології для діагностики та лікування психосоматичних порушень у офісних працівників.

Психосоматична медицина – це концептуальний підхід до здоров’я та хвороби, що розглядає психосоматичні стани як взаємодію психологічних, соціальних і біологічних чинників. У сучасному розумінні психосоматична медицина – метод лікування і наука про взаємовідношення психічних і соматичних процесів, які тісно пов’язують людину з навколишнім середовищем [4]. Принцип єдності тілесного та душевного є основою медицини. Він забезпечує правильний підхід до хворого, що є необхідним не лише в якійсь одній медичній спеціальності, а й у всіх сферах доклінічного та клінічного обстеження і лікування. Частота психосоматичних розладів серед населення досить висока і коливається від 15 до 50 %, а в загальномедичній практиці – від 30 до 57 %.

Мета магістерського дослідження, «Прфілактичні заходи виникнення психосоматичних розладів офісних працівників” досягнута.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. А. Адлер "Психосоматична медицина"/ Адлер А. - 1950р. 284 с.
2. М. Амосов. "Психосоматика і серце"/ Амосов М. – 1973р. 224 с.
3. М. Бубер "Я і Ти" / Бубер М. 1923р. С. 345
4. Бурбо Л. Твоє тіло мовить «Люби себе!» / Бурбо Л. – Софія: Геліос, 2019. – 320 с.
5. Ващенко Ю.А. Чинники психосоматичних розладів (Психоаналітична точка зору) / Ващенко Ю.А.// Практична психологія та соціальна робота. – 1998. – № 2. – С. 21- 45.
6. О. А. Грицун «Психосоматичні аспекти стресу в умовах професійної діяльності робітників офісу» / Грицун О.А. – 2021р. 80 с.
7. Дербеньова А.Г., Кунцевська А.В. Профілактика синдрому емоційного вигорання педагогів / А.Г. Дербеньова, А.В. Кунцевська. – Харків: Вид. група «Основа», 2009. – 223с.
8. Дубчак Г. М. Аналіз навчального стресу студентів : гендерний аспект. Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка НАНП України. 2016. Т. VI. Вип. 12. С. 39–47

9. Дудяк В. Емоційне вигорання / В. Дудяк. –К.: Главник , 2007. – 126с.

10. Дьяченко М. І. Про підходи до вивчення емоційної стійкості. Питання психології. 1991. №1. С. 106–130.

11. Довідник сімейного лікаря з питань психосоматики / [Н.О. Марута, В.І. Коростій, Г.М. Кожина та ін.]; за ред. І.С. Вітенка. – К.: Здоров‘я, 2012. – 384 с. – ISBN 966-463-040-4.

12. Дербеньова А.Г., Кунцевська А.В. Профілактика синдрому емоційного вигорання педагогів / А.Г. Дербеньова, А.В. Кунцевська. – Харків: Вид. група «Основа», 2009. – 223с.

13. Еколого-психологічні детермінанти суб’єктивного благополуччя особистості: монографія / Ю. М. Швалб, О. Л. Вернік, О. О. Вовчик-Блакитна,Т. М. Кирпенко, О. В. Павленко, О. В. Рудоміно- Дусятська; за ред. Ю. М. Швалба. Київ Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 234 с. URL: http://psychology-naes-ua.institute/userfiles/files/Shvalb.pdf

14. Эльштейн Н.В. Діалог про медицину / Н. В. Эльштейн—Таллін: Валгус, 1986 — 253 с.

15. Эмоційний стресс в этіології та патогенезі психічних ита психосоматичних захворювань / [Бачериков Н. Е., Воронцов М. П., Петрюк И. Т., Циганенко А. Я.]. — Харьків: Основа, 1995— 276 с.

16. Жигайло Н., Харко Н. Онлайн-освіта: вимушена самоізоляція чи система отримання знань студентами закладів вищої освіти. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2021. Вип. 8. С. 36–49.

17. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Педагогічна думка. 2016. С. 219-228.

18. Закалик Г. М. Основи клінічної психології : навч. посіб. / Г. М. Закалик, О. В. Войцеховська, Н. М. Шувар. Львів : Вид-во Львів. політехніки, 2020. 429 с.

19. Корольчук В. М. Психологія стресостійкості особистості: дис. д-ра психол. наук 19.00.01. Київ, 2009. 511 с.

20. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : монографія. Київ : Ніка-Центр, 2007. 432 с.

21. Київський інститут бізнесу та технологій. Плюси і мінуси дистанційного навчання. https://kibit.edu.ua/ pljusi-i-minusi-distancijnogo-navchannja.

22. Конечний Р. Психологія у медицині / Конечний Р., Боухал М. — Прага: Авіценум, 1983. — 405 с.

23. Кучеренко О. І. «Профілактика емоційного вигорання та професійні деформації» стор. 72-76. Актуальні напрямки психопрофілактичних заходів у закладах вищої освіти. Матеріали І Всеукраїнського круглого столу (18 травня 2018 року, Дніпропетровський державний університет внутрішніх справ)

24. Клінічна психологія: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2020. 163 с.

25. М.Ю. Коломоєць, Н.Д. Павлюкович, В.М. Ходоровський, Є.П. Ткач «Теорії та концепції психосоматичних захворювань». Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб (зав. – проф. М.Ю. Коломоєць) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

26. Кришталь В.В. Психосоматична патологія: генез та підходи до коррекції // Міжнар. мед. ж. – 2001. – Т. 7, № 1. – С. 37-40.

27. Лазарус Р. С. Теорія стресу і психофізіологічні дослідження. Емоційний стрес. Л. : Знання, 1970. С. 289

28. Лісовенко А.Ф. Медична психологія: методичні рекомендації (для самостійної підготовки здобувачів вищої освіти факультету психології, політології та соціології). Одеса: Фенікс. 2020. 60 с. URL: http://surl.li/gwpph

29. О.Р. Лурія Книга "Вищі коркові функції людини та їх порушення при локальних поразках мозгу" / Лурія О.Р.- 1969р. 544с.

30. Манухіна Н.М. Системна сімейна психотерапія соматичних хворих в період їх госпіталізації / Манухіна Н.М. // Сімейна психологія та сімейна терапія. — 2000. — №2, с. 15-20. Михайлов Б.В. Психосоматичні розлади як загальносоматична проблема //Лікар. – 2002. – № 6. – С. 9-13.

31. Михайлов А.Н. Особливості психологічного захисту в нормі при соматичних хворобах/ Михайлов А.Н., Ротенберг В.С. // Питання психології. — 1990. — №5. —С. 106—111.

32. Михайлов Б. В. Психотерапія загальносоматичної медицини [клінічне руководство] / Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. [Під заг. ред. Б. В. Михайлова]. — Харьків: Прапор, 2002. — 108 с.

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

34. Медична психологія : підруч.; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро : ЛІРА, 2022. 300 с. URL: http://surl.li/gwpoz

35. Немчин Т. А. Мясищев та медична психологія / Немчин Т. А. Серебрякова Р. О. // Питання психології. — 1983. — №1. — С 82—84

36. Овчаренко О.Ю. Психологія стресу та стресових розладів. *Навчальний посібник*. Київ : Університет «Україна», 2023. 266 с.

37. Обухов Я.Л. Глибинно-психологічні підходи в психотерапії психосоматичних захворювань / Обухов Я.Л. // Вісник психічного здоров'я. — 1999. — №2. — С. 34—44.

38. Основи медичної психології : конспект лекцій / укладач Т. В. Іванова. Суми : Сумський державний університет, 2022.275 с. URL: http://surl.li/gwpor

39. Ф. Перлз "Психосоматика"/ Перлз Ф., 1961р. С. 224

40. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії: навчальний посібник: [для вищих навчальних закладів] / Л. І. Дідковська. – Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2010. – 264 с.

41. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк, А. Ф. Косенко, Т. І. Кочергіна ; заг. ред. М. С. Корольчука. Київ : Фірма «Інкос», 2002. 272 с.

42. Н. Пезешкіан «Психосоматика та тілесно орієнтована психотерапія; У пошуках сенсу. Психотерапія маленькими кроками». Пезешкіан Н. 2019. - с. 280

43. Психофізіологічні закономірності життєстійкості фахівців соціономічних професій: монографія / О. М. Кокун, В. В. Клименко, О. М. Корніяка та ін.; за

ред. О. М. Кокуна. Київ – Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 236 с. . URL: http://psychology-naes-ua.institute/userfiles/files/Kokun.pd

44. Психологія сім'ї: підручник /за ред. В. М.Поліщука.Суми: Університетська книга, 2021.248 с.

45. О. Радченко "Емоції: психологічний аналіз" / Радченко О., 2002р. – 240 с.

46. Савенкова І. І. Клінічна психологія: навчальний посібник. Миколаїв: Миколаївський національний університет ім. В.О. Сухомлинського, 2018р. 302 с.

47. Самодетермінація психологічного благополуччя особистості: монографія / Л. З. Сердюк, І. В. Данилюк, В. В. Турбан, О. І. Пенькова, Н. Д. Володарська [та ін.]; за ред. Л. З. Сердюк. Київ – Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 236 с. URL: http://psychology-naesua.institute/userfiles/files/Serdjuk_1.pdf

48. Сливчук Г.І., Яєчник Р.В. Виплив стресу на нервову систему. *Проблеми та перспективи розвитку охорони праці.* Львів. 2020. С. 161-164.

49. Леопольд Сонді "Психосоматика і тест Сонді" 1962 р. С. 524 .

50. Смулевич А.Б., Сиркін В.Н., Козирев В.Н. та інш. Психосоматичні розлади (клініка, епідеміологія, терапія, моделі медичної допомоги) // Ж. неврол. и психіатрії. – 1999. – Т. 99, № 4. – С. 4-15.

51.Титаренко Т. М., Лєпіхова Л. А. Психологічна профілактика стресових перевантажень серед шкільної молоді. *Науково-методичний посібник*. Київ: Міленіум, 2006. 204 с.

52. Філіпович А. Ю. Впровадження у навчальному процесі нових методів стресостійкості. Науково-методичний збірник. Технології навчання. 2017. Вип.16. С. 109–117.

53. Фрейд З. Психологія безсвідомого. 1990. – 169 с.

54. Фрейд З. Психологія й захисні механізми. 1993. – 120 с.

55. Ханецька Н. В. Психосоматика: теоретико-практичний посібник для студентів вищих навчальних закладів / Н.В.Ханецька. – Хмельницький, 2019. – 123 с.

56. Хаустова О.О. Психосоматичні розлади в практиці сімейного лікаря // Ліки України. – 2005. – № 9. – С. 15-18.

57. К. Хорні "Психосоматичні розлади: нові шляхи дослідження"/ Хорні К. 1952р. - 238 с.

58. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматичні розлади: нові аспекти розуміння, діагностики та лікування // Нова медицина. – 2004. – № 5. – С. 26-59.

Ю. Щербатих книга "Психосоматика: теорія, методологія, практика" / Щербатих Ю. – 2016р. - 420 с.

60. Dundas B., Harris M., Narasimhan M. Psychogenic polydipsia review: etiology, differential, and treatment // Curr. Psychiatry Rep. – 2007. – V. 9 (3). – P. 236-241.

61. Feldmann C.T., Bensing J.M. Worries are the mother of many diseases: general practitioners and refugees in the Netherlands on stress, being ill and prejudice // Patient Educ. Couns. – 2007. – V. 65 (3). – P. 369-380.