

МІНІСТЕРСТВО ФІНАНСІВ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ПОДАТКОВИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціально-гуманітарних технологій, спорту та реабілітації

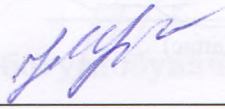
Кафедра психології, педагогіки та суспільних дисциплін

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

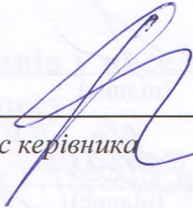
**Зниження психосоматичних проявів у населення в
умовах тривалого стресу**

Здобувача вищої освіти
другого(магістерського)
рівня ПСМЗ 22-2 групи,
спеціальності 053
«Психологія»ОПП
«Психологія.
Психологія бізнесу»


підпис здобувача вищої
освіти

Павлюк Надія
Миколаївна

Науковий керівник


підпис керівника

Л.М. Клевець
к.психол.н., доцент

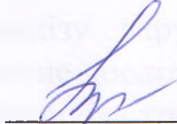
Гарант освітньо- професійної
програми


підпис керівника ОПП

О.О. Нежинська
к.психол.н., доцент

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

Завідувач кафедри


підпис

І.О. Петухова
к. пед. н., доцент

Ірпінь – 2024

Реєстрація № 3 18.05.24

(дата)

(підпис відповідальної особи)

Результати перевірки до захисту

01.12.2023

(до захисту, на доопрацювання)

(дата)

(підпис)

Результат захисту

83

(оцінка)

13.02.2024

(дата)

(підпис)

Голова комісії:

(підпис)

С.І. Корсун

(ініціали, ПІБ)

Члени комісії:

(підпис)

О.О. Нежинська

(ініціали, ПІБ)

(підпис)

Л.В. Романюк

(ініціали, ПІБ)

(підпис)

М.Ю. Заушнікова

(ініціали, ПІБ)

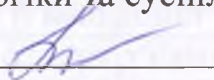
О.І. Льовкіна

**МІНІСТЕРСТВО ФІНАНСІВ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ПОДАТКОВИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

культет соціально-гуманітарних технології, спорту та реабілітації
едра психології, педагогіки та суспільних дисциплін
ціальність 053 «Психологія»
ітньо-професійна програма «Психологія. Психологія бізнесу»

Затверджую:

Завідувач кафедри психології,
педагогіки та суспільних дисциплін

 І.О. Петухова

Завдання на кваліфікаційну роботу здобувачу вищої освіти

Павлюк Надії Миколаївни

(прізвище, ім'я, по батькові)

Тема кваліфікаційної роботи

«Зниження психосоматичних проявів у населення в умовах тривалого стресу»

Затверджена наказом ректора від 17.11.2022р. №1216

Термін подачі закінченої роботи 25.12.2023р.

Цільова установка : полягає у систематизації теоретичних напрацювань зарубіжних та вітчизняних вчених щодо психосоматичних проявів у населення в умовах тривалого стресу; розкритті основних етапів та змісту історичного розвитку психосоматики; здійсненні теоретичного аналізу психологічних особливостей стресу та його психосоматичних проявів; діагностуванні рівня психологічного стресу та стресостійкості, а також дослідженні особливостей психосоматичних проявів на фоні тривалого стресу; розробці та апробуванні тренінгу для зниження психосоматичних проявів.

Мета роботи за допомогою аналізу зарубіжної та вітчизняної літератури здійснити теоретичне та практичне дослідження психосоматичних проявів під впливом тривалого стресу та розробка тренінгу по їх зниженню.

Об'єкт дослідження стрес та його вплив на психосоматичні прояви у населення.

Предмет дослідження є зниження психосоматичних проявів у населення в умовах тривалого стресу

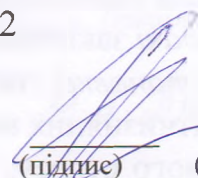
База дослідження ТОВ «Індістаг» м. Київ.

Календарний план виконання роботи

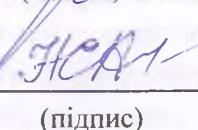
№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів	
		За планом	Фактично
1	2	3	4
1.	Вибір теми, вивчення літературних джерел та складання плану роботи	30.10.2023	28.01.2024
2.	Підготовка першого розділу роботи та подання її керівнику	30.03.2023	29.03.2024
3.	Підготовка другого розділу роботи та подання її керівнику	30.06.2023	27.06.2024
4.	Підготовка третього розділу роботи та подання її керівнику	20.09.2023	17.09.2024
5.	Доопрацювання роботи з урахуванням зауважень керівника	20.10.2023	17.10.2024
7.	Попередній захист роботи	01.12.2023	29.11.2024
8.	Отримання відгуку з підприємства (зовнішньої рецензії)	15.01.2024	14.01.2025
9.	Допуск роботи зав. кафедри до захисту	15.01.2024	15.01.2025
10	Захист роботи	28.01.2024	28.01.2025

1. Дата видачі завдання «19» грудня 2022

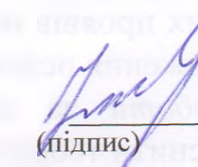
2. Керівник кваліфікаційної роботи


 (підпис) Л.М. Клепач (прізвище, ініціали)

3. Керівник освітньо-професійної програми


 (підпис) О.О. Нежин (прізвище, ініціал)

4. Завдання до виконання отримав здобувач вищої освіти


 (підпис) Н.М. Павлов (прізвище, ініціали)

АНОТАЦІЯ

«Зниження психосоматичних проявів у населення в умовах тривалого стресу»

Мета роботи полягає в тому, щоб теоретично та емпірично вивчити специфіку психосоматичних проявів під впливом тривалого стресу та розробка тренінгу по їх зниженню.

Завданнями роботи є

1. проаналізувати основні напрямки вивчення психосоматики в контексті сучасної психологічної науки та здійснити теоретичний аналіз психологічних особливостей стресу та його психосоматичних проявів;
2. діагностувати рівень психологічного стресу та стресостійкості, а також дослідити особливості психосоматичних проявів на фоні тривалого стресу;
3. розробити та апробувати тренінг для зниження психосоматичних проявів.

Предметом дослідження є зниження психосоматичних проявів у населення в умовах тривалого стресу.

Об'єктом дослідження виступає стрес та його психосоматичні прояви у населення.

Базою дослідження виступає ТОВ «Індістаг» м. Київ.

За результатами дослідження розглянуто різноманітні напрямки вивчення психосоматики. Визначено які саме прояви можна віднести до психосоматичних. Розглянуто різні аспекти стресу та його вплив на наявність та прояви психосоматичних проявів. Досліджено залежність кількості психосоматичних скарг та рівня стресу і стресостійкості. На основі отриманих результатів дослідження був розроблений ефективний тренінг по зниженню психосоматичних проявів у населення.

Одержані результати можуть бути використані в сфері професійної діяльності психолога з метою зниження рівня стресу та психосоматичних проявів у співробітників.

Кваліфікаційна робота містить 97 сторінок, 16 таблиць, 12 рисунків, список використаних джерел з 63 найменувань, 5 додатків.

Ключові слова: психосоматичні прояви, стрес, соматичні симптоми, стресостійкості, копінг стратегії.

Рік виконання кваліфікаційної роботи 2023

Рік захисту роботи 2024

ABSTRACT

"Reduction of psychosomatic manifestations in the population under conditions of prolonged stress"

The purpose of the work is to theoretically and empirically study the specifics of psychosomatic manifestations under the influence of prolonged stress and to develop a training to reduce them.

The objectives of the study are

1. to analyse the main areas of psychosomatics research in the context of modern psychological science and to carry out a theoretical analysis of the psychological characteristics of stress and its psychosomatic manifestations;
2. to diagnose the level of psychological stress and stress resistance, as well as to study the peculiarities of psychosomatic manifestations against the background of prolonged stress;
3. to develop and test training to reduce psychosomatic manifestations.

The subject of the study is the reduction of psychosomatic manifestations in the population under conditions of prolonged stress.

The object of the study is stress and its psychosomatic manifestations in the population.

The basis of the study is Indistag LLC, Kyiv.

The study examines various areas of psychosomatics research. It is determined which manifestations can be attributed to psychosomatic. Various aspects of stress and its impact on the presence and severity of psychosomatic manifestations are considered. The dependence of the number of psychosomatic complaints and the level of stress and stress resistance is investigated. Based on the results of the study, an effective training to reduce psychosomatic manifestations in the population was developed.

The obtained results can be used in the field of professional activity of a psychologist in order to reduce the level of stress and psychosomatic manifestations in employees.

The qualification work consists of 100 pages, 16 tables, 12 figures, a list of 63 references, 5 appendices.

Key words: psychosomatic manifestations, stress, somatic symptoms, stress resistance, coping strategies.

Year of completion of the qualification work 2023

Year of thesis defence 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ТРИВАЛОГО СТРЕСУ	12
1.1 Теоретичні основи поняття психосоматичних розладів та їх види	12
1.2 Стрес та підходи до його вивчення	22
1.3 Методи терапії психосоматичних проявів	30
Висновки до першого розділу	35
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У НАСЕЛЕННЯ	37
2.1 Організація та методи дослідження	37
2.2 Аналіз результатів за психодіагностичними методиками	43
2.3 Математична обробка результатів емпіричного дослідження	51
Висновки до другого розділу	53
РОЗДІЛ 3. ТРЕНІНГ ПО ЗНИЖЕННЮ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ	55
3.1 Розробка та проведення тренінгу по зниженню психосоматичних проявів	55
3.2 Перевірка ефективності запропонованого тренінгу	71
Висновки до третього розділу	75
ВИСНОВКИ	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	81
ДОДАТКИ	87

ВСТУП

Актуальність дослідження. Останнім часом спостерігається стрімкий перерозподіл в професійній сфері. Сильно збільшилась кількість офісних співробітників. На сьогоднішній день вони становлять більше 50% всіх працюючих з різних сфер.

Специфіка обов'язків офісних працівників дуже різноманітна. Це і складання звітів, аналізування великих об'ємів інформації, робота з клієнтами, творчі розробки та багато іншого. Зазвичай режим роботи досить напружений та динамічний. Це потребує значних як фізичних так і психологічних затрат. З кожним роком вимоги до роботи офісних робітників стають жорсткішими. Це все призводить до надмірного стресу у працівників.

Постійна робота з комп'ютером та документами призводить до перенапруження очей. Малорухливий спосіб роботи призводить до проблем з поставою та внутрішніми органами. Напружена інтелектуальна робота призводить до розумового перенапруження. Висока відповідальність та величезна кількість задач призводить до нервово-емоційного виснаження. Саме це призводить до виникнення та розвитку психосоматичних розладів працівників.

Згідно з Великим психологічним словником, «психосоматика» (від грецької мови «psyche» душа і «soma» тіло) – це напрямок у медицині та психології, що вивчає роль психічних факторів в етіології та патогенезі функціональних та органічних розладів організму людини [27].

Протягом останніх десятиліть психосоматичні проблеми зі здоров'ям складають основну частину «сучасних захворювань цивілізації». За даними ВООЗ, від 38% до 52 % усіх пацієнтів, які відвідують кабінети соматичних лікарів, належать до групи психосоматичних хворих. Саме тому в цьому напрямку ведуться активні дослідження.

Наразі сутність проблеми психосоматичного здоров'я передбачають облік усієї сукупності змін, що зачіпають біологічний рівень порушень, соціальний рівень функціонування пацієнта зі зміною ролей, цінностей,

інтересів, кола спілкування та макро-соціальні обставини.

Становлення та розвитком вивчення проблем психосоматичних захворювань займалися такі видатні вчені як американський лікар та психоаналітик Ф. Александер (1891-1964), саме він був визнаний одним із засновників психосоматики; А. Е. Лічко (1926-1994), що створив в 1980р. класифікацію типів реакцій на хворобу, американський психолог Леслі Ле Крон (1892-1972), сучасні психологи-науковці, які займаються питаннями психосоматики А. М. Радченко, Г. Бекетову, І. Грицюк, Л. Омельченко, Т. Пушкарьову, Л. Пипу, І. Савенкову, В. Шмаргуна, О. Якимчук.

Одним із головних чинників психосоматичних захворювань є стрес. Тенденції сучасного інтенсивного і напруженого життя, зазвичай призводить до збільшення негативних емоцій. Які накопичуючись формують виражені та тривалі стресові стани. У психологічній науці з кінця XX століття проблема стресу в професійній діяльності досліджується через поняття деформація, вигорання, аспекти професійної кризи, стрес в умовах трудової діяльності. Провідними дослідниками в цій сфері є І.В. Бринза, Л.М. Карамушка, В.Л. Панковець, О.П. Санніков.

У сучасній психологічній літературі є дослідження професійного стресу та його психосоматичних проявів. Але їх не достатньо. Саме тому дана кваліфікаційна робота є актуальною на сьогодні.

Об'єкт дослідження - стрес та його вплив на психосоматичні прояви у населення.

Предметом кваліфікаційної роботи є зниження психосоматичних проявів у населення в умовах тривалого стресу.

Метою дослідження є теоретично та емпірично вивчити специфіку психосоматичних проявів під впливом тривалого стресу та методів по їх зниженню.

Завдання дослідження:

1. проаналізувати основні напрямки вивчення психосоматики в контексті сучасної психологічної науки та здійснити теоретичний аналіз психологічних особливостей стресу та його психосоматичних проявів;
2. діагностувати психосоматичні прояви на фоні тривалого стресу, рівень психологічного стресу та стресостійкості;
3. розробити та апробувати тренінг для зниження психосоматичних проявів.

Методи дослідження. Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань обрано такі методи дослідження:

Теоретичні: теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел.

Емпіричні методи опитування, тестування:

- Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг (Giesener Beschwerdebogen, GBB)
- Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ)
- Шкала психологічного стресу (PSM-25);
- Методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса й Раге;
- Стратегії подолання стресових ситуацій С.Хобфолла (SACS).

Математичні: метод лінійної кореляції Пірсона для встановлення зв'язків між змінними та t-критерія Стюдента.

Елементи наукової новизни одержаних результатів. Поглиблено та систематизовано знання про психологічні аспекти стресу і його впливу на психосоматичні прояви.

Практична значущість. Апробовано набір психодіагностичних методик, який можна використовувати в роботі психолога з метою аналізу професійного стресу та його впливу на працездатність, ефективність та здоров'я співробітників. Розроблений тренінг можна використовувати в сфері професійної діяльності з метою зниження рівня стресу та психосоматичних проявів у працівників.

Емпірична база дослідження. Дослідження проводилось на основі ТОВ «Індістаг» м. Київ. Компанія надає широкий спектр маркетингових послуг. Вибірку склали 50 співробітників серед яких 34 жінок та 16 чоловіків, віком від 25-55 років. Загальний трудовий стаж роботи працівників – від 2 до 23 років.

Структура роботи. Дипломна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальний висновок, списку використаних джерел із 63 найменувань та додатків. Робота містить 83 аркушів тексту без списку використаних джерел та додатків, загальний обсяг роботи 97 аркушів.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ТРИВАЛОГО СТРЕСУ

1.1 Теоретичні основи поняття психосоматичних розладів та їх види

За останні десятиліття науково-технічний прогрес дуже змінив життя людей. Це дало змогу задовільнити основні базові потреби більшості людей планети та полегшилися фізичні умови праці. З іншої сторони ритм життя стало більш напруженим та інтенсивним з психологічної точки зору. Це зумовлено підвищення швидкості виробничих, управлінських та комунікативних процесів.

Кількість інформації у світі збільшується з шаленою швидкістю. Це змінює умови життя і праці всього людства. Нажаль далеко не всі навчилися швидко адаптуватися до мінливості умов життя. Саме це призводить до тривалого дистресу, в результаті якого розвиваються психічні та психосоматичні розлади.

Термін «психосоматика» походить від грецького „psyche” – душа й “soma” – тіло, запропонував у 1818 році німецький лікар з Лейпцига Іоган Хайнрот [1]. В 1822р. психіатр Якобі ввів протилежне значення «соматопсихічне», яке стало доповненням до психосоматичного. І лише з 1953р. завдяки віденським психоаналітикам данні терміни прижилися. А психосоматична медицина позначилася як "прикладний психоаналіз у медицині". Хоча дана концепція і не була нова, оскільки ще Гіппократ у своєму вченні про темпераменти сформулював положення про єдність душі та тіла. Він вважав, що хвороба являє собою особливу реакцію індивідуума на умови його життя в середовищі.

Історія сучасної психосоматичної медицини починається з психоаналітичної концепції З. Фрейда, який довів, що подавлений афект, психічна травма шляхом конверсії може проявлятися соматичним симптомом. Він вказував, що при цьому необхідна «соматична готовність» – фізичний фактор, який має значення для «вибору органу».

Психосоматика – міждисциплінарний науковий напрямок, який досліджує соціально-культурні, психологічні, медичні, економічні й екологічні чинники виникнення соматичних дефектів.

У сучасному розумінні психосоматична медицина – метод лікування і наука про взаємовідношення психічних і соматичних процесів, які тісно пов'язують людину з навколишнім середовищем [2]. 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 [3]. На сучасному етапі розвитку психосоматичної науки проблему взаємозв'язку соматичних функцій і психічних процесів досліджували як фізіологи (І. М. Сеченов, П. К. Анохін, В. М. Бехтерев, Н. П. Бехтерева, А. Р. Лурія, Ю. І. Александров та інші), так і психологи (В. Вундт, Б. М. Теплов, В. Д. Небиліцин, О. М. Леонтьєв, П. В. Сімонов та багато інших).

У практичній діяльності медики дуже часто стикаються з пацієнтами, чия патологія ставить їх в глухий кут. Оскільки не супроводжується явними змінами з боку соматичного статусу, і не проявляються навіть при більш поглибленому дослідженні. У той же час ці стани пов'язані з наростаючим стражданням людини, вибивають її з нормального повсякденного життя, а також супроводжуються змінами психологічного статусу – аж до соціальної дезадаптації. Саме загальні ознаки – однозначна участь психологічних механізмів в патогенезі та порушення здоров'я – дозволило об'єднати їх під загальною назвою – психосоматичні функціональні розлади.

Будь-яке психосоматичне захворювання є властивістю людського організму як системи. Воно не походить окремо ні з психічних, ні з

фізіологічних (включаючи спадковість) якостей індивіда, їх неможливо пояснити шляхом дослідження властивостей якоїсь однієї підсистеми – психічної чи соматичної. Лише взаємодія між цими підсистемами та оточуюче середовище можуть призвести до нового стану організму, який визначається як психосоматичне захворювання. І лише розуміння цих зв'язків може дати можливість ефективно впливати на захворювання, в тому числі й засобами психотерапії [4].

За даними ВООЗ, від 38% до 52 % усіх пацієнтів, які відвідують кабінети соматичних лікарів, належать до групи психосоматичних хворих.

Вивчаючи історичні аспекти та сучасний стан розвитку бачення психосоматичного статусу особистості, ми бачимо велику кількість наукових праць. Розглянемо ті, що містять принципово нові, не представлені раніше положення.

1. Кортико-вісцеральна теорія. Школа І. П. Павлова – К. М. Биков і І. Т. Курцин (1960 р.). На базі теорії «умовних рефлексів» вони висунули гіпотезу кортиковісцерального походження психосоматичних захворювань. Вони вважають пусковими механізмами психосоматичних розладів можуть бути порушення внутрішнього або зовнішнього середовища, або ж екстеро- та інтеро-цептивної організація відчуття. Що можуть бути причиною конфліктної ситуації між збудженням і гальмуванням у підкірковій зоні кори головного мозку. Вони встановили, що здебільшого від психосоматичних розладів страждають особи зі слабкими та сильними невірноваженими типами нервової системи. А локалізація процесу хвороби визначається низькою опірністю певного органу. [28].

2. Г. Фрейбергера - Концепція «втрати значимих для індивіда об'єктів» (1976 р.) та Г. Енгела - концепція втрати «ключової фігури» (1962 р.). Їх клінічні спостереження доводять, що психосоматичні захворювання часто розвиваються після втрати найбільш значимої людини або значущого об'єкта неживої природи. Тобто ця втрата може провокувати дуже сильні почуття безпорадності, безнадійності, туги. Як наслідок – соматизація та депресія, що

разом збільшують уразливість організму. Також це негативно впливає на ефективність і продуктивність особи. Знижує можливість вибудовування конструктивних копінгів [29]. Було доведено, що слідом за втратою «ключової особи» з часом у людей діагностують такі важкі захворювання, як виразковий коліт та лейкоз.

3. В. Єкскуєлла - Концепція готовності до хвороби (1963 р.). Вона з'явилася як результат поєднання концепцій Г. Сельє та В. Кеннона. Вони вважали, що існує психоемоційна готовність до якоїсь хвороби. Під впливом стресових чинників відбувається перехід від психоемоційної до тілесної готовності. У випадку, якщо мета тілесної готовності не досягнена, то настає хронічне перенапруження, з часом відповідний орган пошкоджується [30].

4. Т. Холмса та Р. Раге - Теорія життєвих подій (1967 р.). Ця теорія є продовженням теорії стресу Г. Сельє. Доктора Холмс і Рей (США) вивчали залежність захворювань (у тому числі інфекційних захворювань і травм) від різних стресогенних подій у більш ніж 5000 пацієнтів. І прийшли до висновку, що психічним і фізичним хворобам зазвичай передують певні серйозні зміни в житті людини. На підставі свого дослідження вони склали шкалу, в якій кожному важливого життєвого події відповідає певне число балів залежно від ступеня стресогенності. Автори назвали ситуацію, що ставить перед людиною нерозв'язні проблеми - стресовою життєвою ситуацією. Рівень стресу розраховують за сумою балів подій, які сталися у пацієнтів за попередній календарний рік [31].

5. А. Мітчерліх – Модель двох ступенів лінії психологічної оборони (1967 р.) . Він розглядав процес розвитку психосоматичних розладів [32] як:

- на першому психосоціальному рівні особистість пробує впоратися з конфліктом через соціальну взаємодію або механізми обговорення конфліктів або ж застосовує класичні механізми психологічного захисту. Такі як витіснення, регресія, ізоляція, заперечення, ігнорування, зречення, проекція, аутоагресія, та ін.

- на другому етапі, якщо механізмів захисту першого рівня було недостатньо, виникають невротичні захисні механізми, а саме нав'язливі думки, фобія, депресія чи страхи. Це призводить до соматизації (виразкового коліту, виразки шлунку) чи невротичного розладу особистості. Тобто іде захист на психосоматичному рівні.

Фактично перший рівень – це психологічний рівень, а другий – фізичний. В медицині та клінічній психології з'являється поняття «соматизація». Він означає тілесне реагування та симптоми як наслідок психологічного захисту. Це демонстрація процесу витіснення з психіки особистості.

6. М. Франкенхойзер - Концепція «вегетативного супроводу емоцій»(1970 р.). Він розглядав негативні емоції, як доцільні, що готують організм до інтенсивної м'язової активності, оскільки це є необхідним для виживання організму. Наразі у більшості ситуацій сучасності ні втеча, ні фізична агресія не допомагають вирішити проблеми. Так людина внутрішньо напружується (напружуються м'язи, збільшується частота серцевих скорочень, підвищується артеріальний тиск та ін.), але жодної дії не відбувається. З часом такі стани можуть стати хронічними і призвести до виникнення психосоматичних розладів [33]. Ця теорія описує першу стадію стресу за теорією Сельє.

7. П. Сіфнеос - Концепція алекситимії (1973 р.). Алекситемія з грецької перекладається як «Немає слів для почуттів». Концепція базується на тому, що люди, схильні до психосоматичних розладів, є «інфантильними особистостями», що не здатні до диференціювання і усвідомлення сфери почуттів і емоцій. Алекситимія вирізняється наступними особливостями [34]:

- складністю визначення та опису своїх почуттів;
- зниженням здатності до символізації;
- неможливістю визначити відмінності між почуттями та тілесними відчуттями;

- фокусуванням переважно на зовнішніх подіях, а не на внутрішніх переживаннях.

Під дією стресу виникає соматичне порушення в наслідок дії примітивного психічного захисту, який не отримав психічної переробки не набув змісту. З часом цей феномен багато досліджували і дійшли до висновків, що алекситимія є досить стійкою та генетично обумовленою характеристикою особистості. Іноді може бути набутою в результаті певних пережитих психічних розладів.

На даний час алекситимію діагностують у пацієнтів з онкологічними захворюваннями, нирковою недостатністю, наркоманією, ожирінням, у хворих на алкоголізм, у ВІЛ-інфікованих, осіб із маскованою депресією, шизофренію і у патологічних гравців [35].

8. Р. Лазарус - розлади як результат взаємодії між особистістю і оточенням; теорія процесів стійкості "(копінг - механізмів). Дана концепція розглядає, що саме система цінностей, мотивації та здібностей визначає які за характером та силою вираження будуть психосоматичні розлади у особистості. Від характеру мислення та віри в себе і свої можливості залежать очікування та реальні дії індивіда. Останні впливають на можливості боротьби зі стресом і як наслідок визначають рівень стресостійкості людини.

9. Коркина М.В., Морилов В.В. (1998) - Теорія "системних психосоматичних циклів". Автори вважають, що психосоматичне захворювання розвивається через етап психосоматичних реакцій моно- і полісистемних психосоматичних циклів, відповідальних за утворення первинних і вторинних психосоматозів. На початку на фоні депресії виникають первинні психоматози, де з часом збільшуються психосоматичні патології в рамках ураженої однієї системи. Згодом за рахунок феномена "після стресової психологічної беззахисності" формується психосоматоз, в рамках інших систем та органів.

Останніми роками розвиваються нові напрями: психонейроімунологія та психонейроендокринологія, що досліджують взаємодію соматики та психіки у

контексті механізмів нейроімунної регуляції [36], онтопсихологія А. Менегетті та трансперсональна психологія С. Грофа [37]; тілесна психотерапія М. Є. Сандомирського та І. Г. Малкіна Пих,) [38].

Завдяки цьому до психосоматики почали відносити 30 додаткових захворювань. Таких як хронічну фіброміалгію – розлади сну, головний біль та інші.

Наразі у психосоматичній медицині велику увагу приділяють ідеї багатофакторності психосоматичних розладів. Всі хвороби мають багатофакторний генезис. Причинні фактори захворювання знаходяться у складній взаємодії і можуть бути генетичними, бактеріальними, імунними, харчовими, психологічними, обумовленими поведінкою і соціальними взаємодіями.

На сьогодні загальноприйнятої класифікації психосоматичних захворювань дослідники не виділяють. Це пов'язано з їх емоціогенним походженням та відповідно нозологічною не специфічністю. Проте, всі психосоматичні розлади можна розділити на 3 групи [5].

1. Функціональні розлади або неврози органів. Провідне місце в цій групі посідають психічні порушення, а також психогенні тіки, заїкання тощо. Тут окремі симптоми не мають специфічного символічного значення, а є неспецифічним наслідком тілесного супроводження емоцій або психічного стану, який може бути з ними порівняний. Вони представляють собою набір симптомів, які торкаються різних органів та систем: серцево–судинну, шлунково-кишковою, дихальну, сечостатеву та рухову.

З розладів серцево–судинної системи типовими є “неврози серця”, гіперкінетичний серцевий синдром, синдром вегетативно–судинної (нейроциркуляторної) дистонії.

До психовегетативних симптомів відносять також порушення циклу сон – не спання (у вигляді гіперсомнічного синдрому – тривала сплячки після сильного емоційного перенавантаження та агрипнічного синдрому – стійке безсоння та вегетативні прояви) і порушення терморегуляції.

Типовими функціональними синдромами порушень дихальної системи є гіпервентиляційний синдром, “невротичний дихальний синдром”, “дихання подихами”.

Розлади, що стосуються шлунково–кишкового тракту, розділяються на функціональні симптоми та порушення харчової поведінки. До перших відноситься: аерофагія, метеоризм, закріпи та діарея; до других – анорексія та булімія.

До функціональних розладів сечостатевої системи відносять функціональні сексуальні розлади: психогенну імпотенцію, аноргазмію, вагінізм, передчасну еякуляцію.

2. Органічні розлади (психоматози) класичні психосоматичні захворювання, які супроводжуються виникненням органічної патології під дією психологічних чинників. Лікування в такому випадку має бути спрямоване передусім на психіку (психотерапія та психофармакотерапія). Етіопатогенез власно психосоматичних розладів в значній мірі, особливо на ранніх стадіях захворювання, пов’язаний з психологічно значущими для особистості подразниками із навколишнього середовища. Але паралельно виникають функціональні зсуви з боку внутрішніх органів, які на більш віддалених стадіях хвороби, призводять к їх деструкцій і захворювання набуває всі риси типового соматичного, фізичного страждання.

Історично до цієї групи відносять сім класичних психосоматичних захворювань (“holy seven”, «Чикагська сімка», по Alexander, 1968):

1. есенціальна гіпертонія;
2. бронхіальна астма;
3. виразкова хвороба дванадцятипалої кишки та шлунку;
4. неспецифічний виразковий коліт;
5. нейродерміт (псоріаз);
6. ревматоїдний артрит;
7. гіпертиреоз.

Пізніше даний перелік доповнився захворюваннями серцево-судинної,

травної систем, рак та інфекційні захворювання. Психологічні та поведінкові чинники, змінюючи реактивність організму, відіграють важливу роль у виникненні та перебігу і інших захворювань (ендокринних, інфекційних, злоякісних), але при цьому не являються первинними етіологічними факторами, а виступають факторами, що утворюють «сприятливий» фон для розвитку патологічного психосоматозу.

3. Психосоматичні розлади само деструктивної поведінки представлені поведінковими девіаціями - алкоголізм, наркоманія, схильність до нещасних випадків. порушення здоров'я у цих випадках зумовлюється відповідними особливостями поведінки людини, що витикають із певних рис особистості і її переживань.

Причини психосоматичних порушень по відношенню до організму діляться на:

- зовнішні – екзогенні;
- внутрішні - ендогенні.

До *екзогенних* хвороботворних агентів відносять інфекції, інтоксикації, травматичні ушкодження мозку, церебральні пухлини. Зовнішні (соціальні) чинники діють на людину як стимул чи гальмо. Тому «конкретні суспільно історичні, соціально-психологічні умови, соціальне середовище, навчання, виховання зумовлюють процес прояву активності особистості» [6]

Ендогенні причини пов'язані зі спадковістю, конституціональними особливостями людини, віковими зсувами. До особистісних психологічних чинників відносяться: характер, сила волі, винахідливість, пристрасть, досвід, вміння формулювати проблеми, самостійність, критичність, незалежність; відкритість розуму, сприйняття нового; толерантність до невизначених ситуацій, конструктивна активність в них; естетичне почуття; особливості «Я-концепції», котра характеризується впевненістю в своїх здібностях, силою характеру в поведінці [7]. Ендогенні причини це не обов'язково розвиток психосоматичних захворювань, а тільки наявність схильності до його розвитку, що в свою чергу залежить від умов того середовища, в якому живе і

працює людина.

До основних джерел психосоматичних захворювань можна віднести:

1. *Стрес* є однією з найпоширеніших причин. Постійна або повторювана дія стресорів призводить до порушення балансу в організмі та погіршення здоров'я.
2. *Внутрішній конфлікт* частин особистості, свідомого і несвідомого в людині. Двобій між якими призводить до руйнівної «перемоги» одного з них над іншим.
3. *Мотивація за типом умовної вигоди*, коли симптом несе умовну вигоду для пацієнта.
4. *Ефект навіювання (іншою особою)*. Відомо, що якщо дитині в дитинстві часто повторювати «дурочка, дурень, йолоп,» і т. п., то дуже часто діти починають демонструвати поведінку, відповідну зауваженням, що переходить і у доросле життя.
5. *«Елементи органічної мови»*. Хвороба може бути фізичним втіленням фрази. Наприклад, слова «у мене серце за нього болить», «я від цього божеволію» можуть перетворитися на реальні симптоми.
6. *Ідентифікація, намагання бути схожим на когось*. Постійно імітуючи іншого, людина як би відокремлюється від власного тіла.
7. *Самопокарання*. Якщо людина робить непорядний, на його думку, вчинок, він іноді несвідомо піддає себе покаранню.
8. *Травматичний досвід минулого*. Як правило, це психічні травми раннього періоду дитинства.
9. *Алекситимія* - нездатність особи називати емоції, пережиті ним самим або іншими людьми, тобто переводити їх у вербальний план.

Крім того на виникнення психосоматичних захворювань впливають:

1. Тип ВНД - Люди з сильним типом вищої нервової діяльності, насамперед стійкіші до стресу.
2. Фактор статі - Підвищена емоційність, більш виражена циклічність і обмінні зрушення, пов'язані з особливостями генеративної функції.

(менструальний цикл, вагітність, пологи, лактація, клімакс), - усе це пояснює набагато більшу частоту психосоматичних порушень у жінок, ніж у чоловіків.

3. Віковий фактор - Існує лише невелика кількість психосоматичних захворювань, які прямо або опосередковано в своєму початку не прив'язані до вікового фактору.
4. Виробничий фактор – Він може бути як причиною психічного розладу (при професійних захворюваннях) і як його умова. Наприклад, шум, вібрація, емоційні перевантаження в умовах виробництва можуть сприяти появі психопатологічної симптоматики.
5. Сезонний фактор - Фактор сезонності є значущим для періодичної ендогенної психопатології, метеотропний фактор відіграє істотну роль у розвитку хвороби в осіб з судинною патологією або з резидуальними наслідками перенесеної черепно-мозкової травми.

Можна назвати й інші фактори індивідуального або масового значення, що сприяють початку захворювання. На практиці буває вкрай важко, а часом і неможливо розділити причини і умови захворювання в кожному конкретному випадку. Це дає підстави для визначення деяких захворювань, як поліетіологічних.

1.2 Стрес та підходи до його вивчення

В сучасному житті термін «стрес» використовується досить часто. В 50-ті роки XX століття Г. Сельє увів поняття «стресу» для реакції організму людини – „загального адаптаційного синдрому" – як реакції на будь-який несприятливий вплив [8]. Тобто це сукупність пристосувальних, захисних реакцій на будь-яку дію, що породжує психічну чи фізичну травму. Стрес – це загальна системна відповідь організму на дію фізичних, хімічних, біологічних, механічних і психічних подразників-стресорів [9]. Сельє виявив неспецифічну (тобто не пов'язану з конкретною причиною), універсальну, або загальну, реакцію організму на зовнішні впливи (зокрема й патологічні), що потребують

змін. Її-то він і назвав спочатку «загальним адаптаційним синдромом», а потім перейменував на «стрес».

За Г. Сельє, стрес може бути викликаний як приємними, так і неприємними переживаннями. Для позначення «хорошого стресу» Сельє ввів термін «еустрес». Що ж до «поганого стресу», то вчений запропонував застосовувати для його позначення старе, яке йде коренями в XIII століття, англійське слово «дистрес», що означає «біль або страждання, які вражають тіло чи душу; стан небезпеки або розпачливої нужди». Пізніше Сельє помітив, що сильні стреси прискорюють процеси старіння, й запропонував розглядати стрес, як міру зношеності організму.

Тим не менш згідно думки самого Ганса Сельє, стрес може бути і корисним, в тому випадку від «тонізує роботу організму і допомагає мобілізації захисних сил (враховуючи імунну систему). Для того щоб стрес прийняв характер еустрес, необхідна наявність певних умов (див. рис.: 1).



Рис. 1.1 Чинники переходу стресу в еустрес

В той же час при відсутності цих умов або ж при значній силі негативного впливу на організм, початковий стрес переходить в його шкідливу форму - дистрес. Цьому може допомагати ряд чинників як об'єктивного, так і

суб'єктивного характеру (див. рис. 1.2).

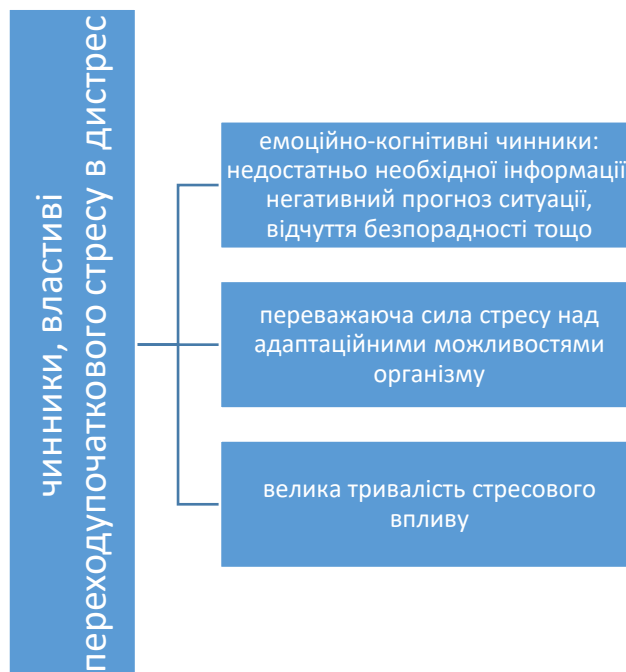


Рис. 1.2. Чинники переходу первинного стресу в дистрес

Систематизацію визначень стресу зробив Л. Кітаєв-Смик. Він наводить такі визначення стресу. Стрес це:

1. Сильна, несприятлива дія, яка негативно впливає на організм;
2. Сильна несприятлива для організму психологічна або фізіологічна реакція на дію стресора; тоді як стресор – це фактор, який викликає стрес;
3. Сильні, сприятливі і несприятливі для організму різного роду реакції;
4. Неспецифічні риси психологічних та фізіологічних реакцій організму в екстремальних для нього діях та умовах, які викликають сильні прояви адаптаційної активності;
5. Неспецифічні елементи психологічних та фізіологічних реакцій організму, які виникають в умовах дії різних факторів, що діють на організм [10].

У ході розвитку стресу спостерігають три стадії:

1. Стадія тривоги. Це перша стадія, яка виникає з появою подразника, який викликає стрес. Це викликає ряд фізіологічних змін, змінюються і психічні функції.
2. Стадія опору. Вона настає у випадку, якщо стрес фактор продовжує

діяти протягом певного часу. Тоді організм захищається від стресу, витрачаючи "резервний" запас сил. Це призводить до максимального навантаження на всі системи організму.

3. Стадія виснаження. Якщо подразник продовжує діяти протягом тривалого часу, то відбувається зменшення можливостей протистояння стресові, і це виснажує резерви людини. Це призводить до загального зниження опірності організму. Що в свою чергу може привести його до хвороби.

Стан стресу може бути гострим або приймати хронічний характер. Провокатором стресу можуть бути екстремальні ситуації (гострий стрес). Особливості сучасного суспільства, зокрема інформаційне перевантаження, є причиною хронічних форм стресу. У наш час стрес прийняв характер епідемії. Існують різні ступені стресу.

Учені розрізняють три таких ступені:

- 1) слабкий;
- 2) середній;
- 3) сильний.

Слабкий ступінь стресу вказує практично на його відсутність. Психічний стан при цьому майже не змінюється, фізичних та фізіологічних змін не відзначається.

При середньому ступені картина змінюється. Відбуваються відчутні зрушення у соматичному і психічному станах. Спостерігається загальна мобілізація психічної діяльності, часто не притаманна людині у звичайних обставинах: зібраність, організованість, підвищена розумова працездатність, кмітливість, впевненість у собі, блискавична реакція, стійкість до перешкод, активізація мовленнєвої активності, загальна позитивна оцінка даного стану в цілому.

Що стосується сильного або надмірного стресу, то тут все навпаки. Людина у такому стані демонструє порушення та розлад основних фізичних, фізіологічних і психічних функцій, зростає кількість скарг на різного роду

неприємні відчуття, дискомфорт. Погіршується свідомий контроль за виконанням діяльності, трапляються труднощі у зосередженні, запам'ятовуванні, мисленні, зростає кількість помилок, незвичних реакцій, неточності, посилюється роль автоматичних, стереотипних дій, які витісняють творчі, свідомі та довільні дії. Цей стан, безумовно, шкідливий і його треба якнайшвидше припинити.

Стрес має фізіологічні, психологічні, особистісні і медичні ознаки. Фізіологічні ознаки- це частий пульс, почервоніння або збліднення шкіри, збільшення адреналіну в крові, надмірне потовиділення. Психологічні ознаки: зміна динаміки психічних функцій, найчастіше уповільнення розумових операцій, розсіювання уваги, ослаблення функції пам'яті, зменшення сенсорної чутливості, гальмування процесу ухвалення рішення. Особистісні ознаки: повне придушення волі, зниження самоконтролю, пасивність і стереотипність поведінки, нездатність до творчих рішень, підвищена сугестивність, страх, тривожність, невмотивоване занепокоєння. Медичні ознаки: підвищена нервозність, наявність істеричних реакцій, непритомності, афекти, головний біль, безсоння.

Стресор – фактор, який викликає стан стресу. Вирізняють фізіологічний і психологічний стресори. Фізіологічні стресори – надмірне фізичне навантаження, висока або низька температура, больові стимули та ін. Психологічні стресори поділяються на інформаційні та емоційні. Інформаційний стрес виникає в ситуаціях інформаційних перевантажень, коли людина не виконує завдання, не встигає приймати правильні рішення у належному темпі. Емоційний стрес виявляється в ситуаціях загрози, небезпеки, гніву, образи та ін.

Багатьма дослідниками відзначено, що специфічність реагування під час стресу обумовлено не лише характером зовнішньої стимуляції, а і психологічними особливостями суб'єкта. Зокрема, В.А. Бодров [8] зазначає, що психологічний стрес – не є фактором, нав'язаним суб'єкту. Він представляє собою реакцію суб'єкта на загрозу впливу екстремального сигналу або

ситуації, яку сприймають і оцінюють суто індивідуально, за допомогою механізмів психічного відображення. Зазначимо, що загрозовою може бути не тільки реальна ситуація, а й її уявна ситуація та символи.

Класична схема виникнення та перебігу стресу має наступний вигляд (рис. 1.3):

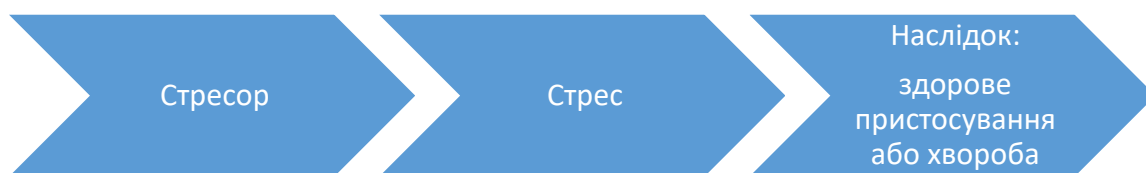


Рис. 1.3 Процес виникнення стресу

Більш пізніми дослідженнями було встановлено: по-перше, між стресом та стресором знаходиться індивідуальна оцінка події (хтось може сприйняти цю подію як неприємну, хтось як приємну чи нейтральну); по-друге, між стресом та його наслідками важливою складовою є те, як індивід долає стрес, справляється з ним. Не кожна людина у стані стресу поводить себе однаково: не всі піддаються захворюванню; для деякого стрес може бути навіть приємним викликом [11; 12]. Тому першу схему було доповнено (рис. 1.4).

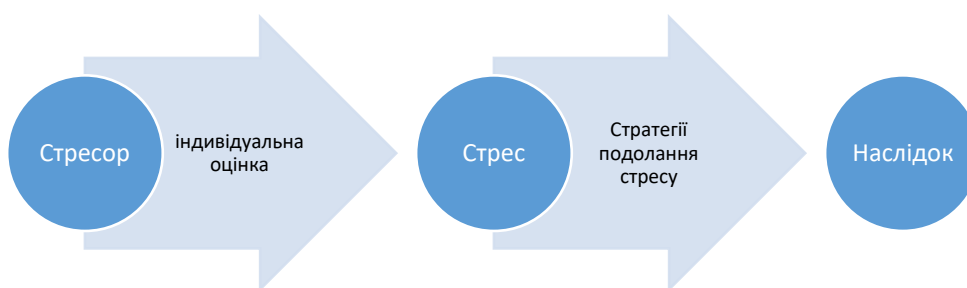


Рис. 1.4 Уточнений процес виникнення стресу

До числа основних, етапних теорій і моделей стресу, можна віднести наступні.

1. Модель Н. G. Wolff. Тут автор розглядав стрес, як фізіологічну реакцію на соціально-психологічні стимули. Він встановив залежність цих реакцій

від природи мотивів поведінки індивіда, визначеності ситуації і ставлення до неї. [13]

2. Генетично-конституціональна теорія. Вона вважає, що здатність організму чинити опір стресу залежить від захисних стратегій функціонування і не залежить від поточних обставин. [14]
3. Психодинамічна модель. Вона спирається на положення теорії Фрейда. Він визначив два типи зародження і прояву тривоги:
 - а) сигналізуюча - тривога виникає як реакція на реальну зовнішню небезпеку;
 - б) травматична тривога – виникає в наслідок несвідомого, внутрішнього джерела. [15]
4. Модель схильності (diathesis) до стресу. Вона розглядає взаємодії спадкових і зовнішніх факторів середовища. Тут враховується взаємний вплив спадкових факторів і неочікуваних сильних впливів на розвиток реакцій напруги. [16]
5. Теорії конфліктів. Кілька моделей стресу відображають взаємозв'язок поведінки суб'єктів в суспільстві і стану напруження в стосунках, які супроводжують групові процеси [17, 18].
6. Міждисциплінарна модель стресу. Тут стрес виникає під впливом стимулів, що викликають тривогу у особи і призводить до фізіологічних, психологічних і поведінкових реакцій, в ряді випадків патологічних [19].
7. Системна модель стресу, яка відображає розуміння процесів управління (поведінки, адаптації тощо) на рівні системної саморегуляції і здійснюється шляхом зіставлення поточного стану системи з його відносно стабільними нормативними значеннями [20, 21].
8. Інтеграційна модель стресу. Центральне місце в моделі займає проблема, що вимагає від людини прийняття рішення. Автори вважають, що здібності людини у вирішенні залежать від ряду факторів:
 - 1) ресурсів людини – її загальних можливостей вирішення різних проблем;

- 2) особистого енергетичного потенціалу, необхідного для вирішення конкретної проблеми;
- 3) походження проблеми, ступеня несподіванки її виникнення;
- 4) наявності та адекватності психологічної та фізіологічної установки на конкретну проблему;
- 5) типу обраного реагування – захисного чи агресивного.

Значення та облік цих факторів визначає вибір стратегії поведінки задля унеможливлення стресу [22].

9. Стрес як поведінкові реакції на соціально-психологічні стимули. Модель фізіологічного стресу Н. Selye була модифікована В. Р. Dohrenwend. Він описує стрес як стан організму, в основі якого лежать як адаптивні, так і неадаптивні реакції. Автор під стресорними вважає соціальні за своєю природою фактори, - такі, як економічні або сімейні невдачі. Тобто події, які об'єктивно порушують звичайне життя індивіда. Вони можуть бути не тільки негативними і не завжди ведуть до реальної кризи [23, 24].
10. Модель D. Mechanik. Головне в цій моделі, є поняття і механізми адаптації, тобто спосіб, яким індивід бореться з ситуацією, зі своїми почуттями, викликаними цією ситуацією. Ситуація має два прояви:
 - 1) подолання (coping) – боротьба із ситуацією;
 - 2) захист (defence) – боротьба із почуттями, викликаними ситуацією.
 «Оволодіння» ситуацією визначається цілеспрямованою поведінкою та здібностями в прийнятті адекватних рішень під час зустрічі з завданнями та вимогами. [25, 26].

Подальший розвиток вчення про стрес супроводжується формуванням нових концепцій, теорій і моделей. Вони відображають загальні біологічні, фізіологічні, психологічні погляди й установки на сутність цього стану. Наразі досліджуються основні причини, що викликають стрес, механізми його розвитку та регулювання, особливості прояву. Також велика увага приділяється розробці методів боротьби зі стресом.

1.3 Методи терапії психосоматичних проявів

Після постановки діагнозу терапія психосоматичних захворювань потребує формування індивідуального комплексного підходу. В даний час лікування цієї категорії хворих в основному зводиться до комбінації фармакотерапії та психотерапії, також доцільно проведення фізіотерапії та курортотерапії як додаткові протирецидивні та профілактичні заходи.

Не можна заперечувати ефекту часом і від застосування нетрадиційних методів терапії. Адже лікуванню підлягає особистість хворого, а не окремий орган. Бажані поєднання різних біологічних і психотерапевтичних способів.

У лікувальному процесі обов'язково приймають участь лікар соматичного профілю та або психіатр, або психотерапевт, або психолог (залежить від діагнозу).

У ході комплексного лікування активно використовуються такі методи психотерапії:

1. Сугестивний (гіпноз, навіювання та аутотренінг). Суть методики в тому, що клієнтові у формі усного повідомлення передають правильні установки. Вони описують стан, який має бути досягнуто. Подаються лише в позитивній формі. Ніколи не допускається формулювання в негативній конструкції. Невербальні фактори, тобто жести, міміка, поза також впливають на ефективність навіювання.
2. Психосинтез. Концепцію розробив Р. Ассаджіолі у 1910 році. Це довготривала реконструктивна психотерапія. Вона дає можливість клієнту пізнати свої неусвідомлювані бажання та наміри, приховані потяги. Завдяки цій методиці можна розвинути самосвідомість, волю та саморегуляцію психічних процесів завдяки гармонізації особистості. У психосинтезі присутні ідеї такої структури особистості як транс персональні поглядом та психодинамічний напрям. Ця концепція вважає, що від початку у клієнта є потенціал для особистісного розвитку

і йому залишається лише «зібрати себе» і усвідомити свої дії. Саме в цьому і допомагає психолог.

3. Терапія, сфокусована на рішенні. В даній терапії принципово не фокусується на причинах дискомфорту клієнта. Натомість шукають ресурси для його подолання. Спочатку намагаються знайти добрий початок у хворобі і поетапно змінити точку зору на хворобу. Основним спосіб введення ряду технік даної терапії - є розповідь про випадок з минулої практики, про інших клієнтів, що змогли успішно вирішити проблеми.
4. Гештальт-терапія. Терапія орієнтована на самосвідомість, в основі якої покладено експериментально-феноменологічний підхід. В центрі уваги - клієнт з його інтересами, бажаннями, поведінкою, особливостями мислення і сприйняття, що характерні лише для нього. У процесі терапії відбувається відтворення та зміцнення цілісного образу (гештальту), незалежної особистості. Гештальт-терапія спрямована на усвідомлення і прийняття себе, витіснених думок, емоцій та потреб. Одні з основних принципів даної методики - це завершеність та вміння жити тут-і-зараз, насолоджуватися кожним моментом.
5. Когнітивно-поведінкова. Клієнта направляють подивитися, знайти і усвідомити негативні інтерпретації чи оцінки ситуацій. Це переосмислення призводить до змін в поведінці. Що допомагає реагувати на складні ситуації більш ефективно. Даний метод не лише лікує психічні розлади, а й може допомогти кожному навчитися краще керувати стресовими ситуаціями. Особливість КПТ в тому, що ця терапія вимагає менше сеансів, є більш структурованою, так як визначає цілі терапії і формує план по їх досягненню. КПТ є одним з найефективніших методів допомоги. На сьогодні налічується близько 300 цільових досліджень, які підтверджують його результативність.
6. Символодрама (метод кататимного переживання образів). Це глибинно-орієнтована психотерапія, що спирається на психоаналіз і теорію

архетипів та колективного несвідомого Карла Юнга. За допомогою методики клієнт звільняється від негативних переживань і конфліктів та може задовольнити свої глибинні потреби. Тобто він фокусується на актуальних переживаннях і таким чином повертає внутрішню гармонію. Ефективність символдрами підтверджено під час низки експериментів Лейнера ще 1940-х. З тих пір цей метод був визнаний психотерапевтичною спільнотою, а також включений до системи медичного страхування багатьох європейських країн.

7. Транзакційний аналіз. Дана школа має два критерії: зрозумілість і прозорість. Зрозумілість - це доступність матеріалу клієнтам з різним рівнем освіти, соціального стану і віку та вміння говорити про складні психічні або соціальні явища простою мовою. Інший критерій - прозорість - це чесність психологічних стратегій і відсутність будь-якої маніпуляції. Психотерапевт Еріка Берн розглядав особистість через - Батька, Дорослого, Дитину - на його думку вони є в кожному з нас. Треба вміти впізнавати їх голоси, для того щоб зрозуміти, чому ми так поводимося з іншими людьми і чому вони так по-різному поведуться з нами. Берн розробив психотерапевтичний метод (транзакційний аналіз), який дозволяє проаналізувати поведінку і дізнатися, чому ми часто не розуміємо своїх колег, дітей або друзів, і що треба зробити для того, щоб змінити це становище. Ця модель з успіхом застосовують провідні психологи, психотерапевти, бізнес-консультанти в усьому світі.
8. Ортодоксальний психоаналіз. Дана психотерапія, глибокий метод роботи з клієнтом. Він дає можливість побачити, дослідити і трансформувати психіку суб'єкта. Завдяки цьому методу можна пізнати та дослідити масові процеси в суспільстві. Досягається це за допомогою аналізу витіснених у несвідоме неприйнятних емоцій (агресія, сексуальний потяг), які виявляються у вигляді символів. Відкриття Фрейда полягало в тому, що він встановив, що наше основне психічне життя проходить за межами свідомості. Воно з глибин несвідомого виходить на поверхню в

якості різних проявів: сновидінь, симптомів, тривоги-страху, депресії, безсоння тощо.

9. Психодрама. Це груповий процес, де завдяки драматичній імпровізації вивчається внутрішній світ клієнта. Також в процесі формуються нові відносини та моделі поведінки. Тут використовується вербальна і невербальна комунікація. Розігрується сцени що наближені до реальної ситуації, або виводять назовні внутрішні ментальні процеси. Через ці сцени клієнт отримує можливість увійти в контакт з власним минулим та набути навичок, які стануть необхідними в майбутньому.
10. Тілесно-орієнтована психотерапія. Направлення в психотерапії, що працює з психологічними проблемами клієнтів через процедури тілесних вправ та тілесного контакту. Центральна ідея цього є постулат про функціональну єдність і рівність тілесного і психічного. Тіло є не тільки машиною для забезпечення роботи мозку та свідомості, а й учасником психічних процесів. Ця методика вважає, що будь-яка подія нашого життя знаходить свій відбиток у тілі. Пережиті нами емоції, уявлення про себе та світ, у якій ми віримо, – це тіло запам'ятовує і допомагає справлятися з нашими переживаннями через стан хронічного перенапруги чи розслаблення м'язів. Це формує специфічну структуру тіла і є прямим відображенням характеру людини. Тобто це робота з невідреагованими емоціями та травматичними спогадами пацієнта, які внаслідок механізмів психологічного захисту відображаються у тілі.
11. Нейролінгвістичне програмування (НЛП). Цей підхід у психології був розроблений в 1970-х роках Річардом Бендлером та Джоном Гріндером. НЛП вміщує в себе методи і техніки для зміни поведінки для особистого розвитку та для змін переконань. Цей підхід став популярним в освіті, менеджменті та психотерапії. Оскільки він має набір психологічних технік, які дозволяють впливати на думки та поведінку людей. Іншими словами, йдеться про програмування людини за допомогою мови та невербальних сигналів: жестів, міміки, відтінків голосу. В основі НЛП

лежить ідея про зв'язок між нейрофізіологією, особливостями мови та діями людей.

12. Креативна візуалізація. Методика базується на використанні творчої, керованої візуалізації на формування нейропсихологічних процесів. У терапевтичному напрямку творча візуалізація використовується для забезпечення пацієнта інструментами для подолання труднощів, властивих невдач. Методика переконує, що людина може замінити ті образи або думки, які погіршують її ситуацію, іншими, що забезпечать вирішення проблем. Мета - навчити пацієнта створювати психічних образів, які змінюють свою перспективу та забезпечують вигідні рішення проблем.
13. Арт-терапія мистецтвом. Це методика, що містить способи і технології реабілітації людей засобами мистецтва і образотворчої діяльності [39]. Арт-терапія досить простими способами активізує внутрішній потенціал клієнта, незалежно від його функціонального стану. Це сприяє зціленню і відновленню гармонії особистості. Метод дозволяє експериментувати з почуттями, досліджувати та висловлювати їх на рівні символічному. Відзначається позитивний вплив методу не тільки на поліпшення фізичного та психічного стану клієнтів, це також позбавляє їх від психосоматичних порушень. Ці дані підтверджуються психофізіологічними дослідженнями (Лебедева, Кисельова, 2001р). У процесі арт-терапії змінюється відношення клієнта до свого травматичному досвіду, переживань і захворювань, та досягається упорядкування психосоматичних процесів.
14. Танцювально-рухова психотерапія. Ця терапія виокремилась приблизно в 50 - 70-х роках XX століття. Вона дозволяє проводити індивідуальні заняття та групові. Завдяки їм можна вирішити свої особисті проблеми, або є проблеми у відносинах з іншими людьми, зменшити тривогу і страхи, нерозумінням себе. Метод оснований на тому, що рух є способом переробки інформації, самопізнанням, самовираженням та розвитком.

Основним завданням є звільнення клієнтів від негативного досвіду і комплексів, що викликані з недооцінкою або нечутливістю власного тіла. Це досягається через звільнення суглобів і м'язів від болю і напруги, а також поліпшення роботи тіла у всіх можливих життєвих ситуаціях.

Зазвичай в реальному житті певні терапії поєднуються і доповнюють одна одну. Також можуть бути зміни в обраному методі. Оскільки клієнти реагують по-різному на різні підходи. Тож фахівець має методом експерименту підбирати найефективнішу психотерапію для кожного конкретного клієнта.

Висновки до першого розділу

Не дивлячись на те, що навіть самому терміну «психосоматика» вже більше 200 років, до сьогодні немає, а ні єдиного визнаного визначення психосоматичним розладам, а ні єдиної концепції їх розвитку, а ні їх класифікації. Це пов'язано з тим, що психосоматика являється міждисциплінарною наукою, яка активно розвивається. Не дивлячись на те, що наразі проводиться велика кількість емпіричних досліджень в цій сфері, нажалі «білі плями» так само є і їх не мало. Саме тому систематизація знань та нові дослідження є дуже важливими.

Проаналізувавши останні дані ВОЗ бачимо, що психосоматичні розлади складають від третини до половини усіх звернень. Також чітко проглядається певні залежності їх виникнення. Такі, як тип ВНС, гендер, вік та сезонність. Що до причин їх виникнення то найчастіше це стрес, внутрішньо особистий конфлікт, травматичний досвід та алекситимія. З усіх названих причин стрес є найпоширенішою проблемою.

Стрес є невід'ємною частиною життя буд-якої людини. Нажалі за останні десятиліття рівень стресу в житті збільшилася в рази. І це зростання і надалі буде збільшуватись. Це пояснюється збільшенням швидкості життя, збільшенням інформації та підвищенням вимог до працівників. Саме тому розуміння що таке стрес, його види, причини та способів його подолання є

актуальними навіть для дітей.

Психосоматичні прояви – це є результат негативного впливу індивідуальних особливостей емоційного реагування особистості на стресову ситуацію. Саме цей тривалий негативний вплив на функціонування систем та органів і викликає розлади в їх роботі. До основних умов цього процесу відносять: певні індивідуально-психологічні та емоційно-вольові властивості особи; вплив гострого чи хронічного стресу; недостатність навичок та вмінь ефективного подолання стресу; труднощі в організації міжособистісної взаємодії; емоційна ригідність.

На сьогоднішній день існує дуже велика кількість емпірично доведених ефективних видів психотерапії психосоматичних розладів. В залежності від діагнозу та індивідуальних характеристик клієнта спеціаліст підбирає найбільш дієву в даному випадку. Процес лікування, нажаль, не дуже швидкий, але досяжний.

Не дивлячись на те що є методи лікування психосоматичних проявів, найефективнішим в даному випадку є підхід профілактики. Роз'яснення та навчання людей технікам розпізнання та боротьби зі стресом матимуть вищий ефект ніж лікування. Тим самим це розгрузить медичну систему та підвищить якість життя суспільства в цілому.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У НАСЕЛЕННЯ

2.1 Організація та методи дослідження

За для досягнення сформульованої нами мети кваліфікаційної роботи, нами було проведено емпіричне дослідження. Воно проводилось на базі ТОВ «Індістаг» м. Київ. Компанія надає широкий спектр маркетингових послуг.

В дослідженні приймали участь 50 працівників серед яких 34 жінок (68%) та 16 чоловіків (32%), віком від 25-57 років, при цьому середній вік . Загальний трудовий стаж роботи працівників – від 2 до 23 років.

Етапи емпіричного дослідження:

1. Теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел з проблеми нашого дослідження.
2. Побудова моделі дослідження. Тут ми виділили психодіагностичні методики та підібрали критерії для математичної обробки отриманих даних.

У нашому дослідженні були використані такі методики:

- Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг (Giesener Beschwerdebogen, GBB);
- Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ);
- Шкала психологічного стресу (PSM-25);
- Методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса й Праге;
- «Стратегії подолання стресових ситуацій (SACS) С.Хобфолла.

Також було застосовано математичні методи обробки даних, а саме метод лінійної кореляції Пірсона для знаходження кореляційних зв'язків між змінними.

3. Організація проведення дослідження. Було організовано інструктаж по заповненню форм. Після чого роздруковані форми були роздані респондентам для проходження опитування. Оскільки дослідження проходило на основі конфіденційності форми не підписувались.
4. Опрацювання отриманих результатів. Дані із заповнених форми були внесені в таблиці та опрацьовані математично і графічно. Отримані результати були проаналізовані та інтерпритовані.

Опис психодіагностичних методики:

Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг (Giesener Beschwerdebogen, GBB)

В 1967 р. Брюхлером Є. та Снером Дж. був запропонований Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг (Giesener Beschwerdebogen, GBB). Він мав на меті виявити суб'єктивні емоційно забарвлені фізичні скарги клієнтів. За його допомогою не можна ідентифікувати органічне захворювання, оскільки він є досить узагальненим.

Опитувальник включає 57 запропонованих скарг, що характеризують загальне самопочуття, автономні розлади, дисфункцію роботи внутрішніх органів (Додаток А). Вираженість кожної скарги оцінюється 5-ти бальною шкалою: 0 - немає, 1 - злегка, 2 - кілька, 3 - значно, 4 - сильно. Анкета дозволяє виявити навіть фактори розвитку цих скарг з точки зору опитуваного.

Використовуючи факторний аналіз, автори виділили 4 основні і 1 додаткову шкали.

Категорія Е: Виснаження. Визначає суб'єктивне відчуття людини про наявність або ж втрату життєвої енергії та потребу в допомозі. Корелюється з депресивним станом, алекситимією.

Категорія М: Шлункові скарги. Характеризує вираженість психосоматичних шлункових нездужань (епігастральний синдром).

Категорія G: Ревматичний чинник. Шкала вказує на суб'єктивні страждання людини, що носять алгічний або спастичний характер.

Категорія Н: Серцеві скарги. Найчастіше, у здорових обстежуваних саме

ці серцеві скарги найбільш необґрунтовані. Високий бал за даною шкалою вказує на потребу клієнта привернути увагу або звернутися по допомогу. Саме з цією метою він приписує собі неіснуючі симптоми.

Загальний бал: Загальний бал показує інтенсивність соматичних скарг. Добре корелює з депресією, алекситимією, особистісною тривожністю. Нормативів для окремих шкал не передбачено. Оцінюється загальний бал виходячи з того, що при максимально можливій сумі в 100 балів серед здорових людей 50% має менше 14 балів, 75% — менше 20, 100% — менше 40 балів.

Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ)

Чотирьохвимірний опитувальник був створений для оцінки дистресу, депресії, тривоги та соматизації 4DSQ, в 1994 році. Автор - Berend Terluin, доктор медицини та філософії з Нідерландів. [42]

Мета опитувальника — допомогти спеціалістам диференціювати синдроми, пов'язані зі стресом (нервовий зрив, вигорання) та психічні розлади (депресія, тривожні розлади).

Опитувальник 4DSQ складається з 50 пунктів, які оцінюють стан пацієнта за останні 7 днів (Додаток Б) Варіанти відповідей на питання сформульовані як «ні», «іноді», «регулярно», «часто», «дуже часто або постійно». Відповіді оцінюються за шкалою від 0 до 2 балів, де 0 балів — «ні»; 1 — «іноді»; 2 — для всіх інших варіантів відповідей. При обробці опитувальника кількість балів підсумовується у відповідності з окремими шкалами. Шкала дистресу містить 16 пунктів (загальна сума балів від 0 до 32); шкала депресії — 6 пунктів (загальна сума балів від 0 до 12); шкала тривожності — 12 пунктів (загальна сума балів від 0 до 24); шкала соматоформних порушень — 16 пунктів (загальна сума балів від 0 до 32). Пацієнт заповнює варіант опитувальника, де не зазначається кількість балів та не вказані підшкали опитувальника.

Для інтерпретації отриманих результатів по даній методиці користуються таблицею 2.1.

Таблиця 2.1

Інтерпретація результатів для опитувальника 4DSQ

Рівень	Соматизація	Тривога	Дистрес	Депресія
Помірно підвищений	≥ 14	≥ 9	≥ 12	≥ 3
Сильно підвищений	≥ 24	≥ 14	≥ 22	≥ 5

Шкала психологічного стресу (PSM-25)

Дана методика розроблена французькими авторами Лемура-Тесье-Філліон для вивчення структури переживань стресу у соматичних, поведінкових та емоційних показниках [40]. Класичні методи вивчення стресових станів, були спрямовані на вимірювання психологічного стресу через стресори чи патологічні прояви тривожності, депресії, фрустрації та ін. Автори ж даної методики створили опитувальник, що описував стан особи, що знаходиться в стресі. Даний опитувальник можна використовувати для нормальної популяції віком від 18 до 65 років та різних професій. Методика апробована на вибірці більш ніж на 5 тис. осіб з різних країн. Дана методика має високу валідність та надійність.

Опитувальник містить 25 тверджень (Додаток В). Респондентів просять оцінити їх від 1 до 8, що відповідає частоті переживань за останні 4-5 днів.

Далі виводиться інтегральний показник психічної напруженості (ППН)- він є сумою всіх відповідей. Питання 14 оцінюється в зворотному порядку.

Найвищим ППН є 155 балів, що відповідає високому рівню стресу, від 154 до 100 балів – середній, менше 100 балів – низький.

Методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації**Холмса й Раге**

Дана методика була розроблена американськими психіатрами, які досліджували зв'язок захворювань із попередніми серйозними змінами у

житті. На підставі свого дослідження, в якому взяли участь понад 5 тис. осіб, вони виявили, що напередодні виникнення соматичних захворювань люди переживали певні події, що викликали сильний стрес. Вони склали шкалу, в якій кожній важливій життєвій події відповідає певна кількість балів залежно від ступеня її стресогенності.

Опитувальник містить перелік 43 життєвих подій (Додаток Г) Кожна подія оцінюється в певну кількість балів. Респондент має відмітити ті події, що сталися з ним за останній рік. При чому, якщо подія сталася декілька разів за рік, то бали множаться на цю кількість. Якщо загальна кількість балів становить

менше 150– це вказує на досить високу стресостійкість;

150-199 – середню;

200-299 – гранична (50% ймовірність виникнення психосоматичних проявів)

300 та більше – низька, яка вказує на 90% вірогідність виникнення соматичних та психічних захворювань.

Стратегії подолання стресових ситуацій С.Хобфолла (SACS)

У 1994 році С. Хобфоллом була запропонована модель “поведінки подолання”. Це система вивчення індивідуальних поведінкових моделей вирішення стресових ситуацій. Запропонована модель має дві основні осі: просоціальна- асоціальна, активна-пасивна і одну додаткову вісь: пряма - непряма.

Опитувальник «SACS» вивчає стратегії та моделі копінг-поведінки [41]. Він складається з 54 тверджень, кожне з них респондент оцінює за 5-бальною шкалою (Додаток Д). Відповідно до ключа підраховувалася сума балів за кожним рядом. Сума балів відбиває ступінь переваги тієї або іншої моделі поведінки у складній (стресогенній) ситуації.

Опитувальник має дев'ять моделей стрес-долаючої поведінки: асертивні дії; обережні дії; імпульсивні дії, агресивні дії вступ у соціальний контакт; пошук соціальної підтримки; уникання; маніпулятивні (непрямі) дії;

асоціальні дії. Розподіл питань відповідно до моделей показано в таблиці 2.2.

Табл. 2.2

Ключ до методики SACS

Субшкала	Номери тверджень
Асертивні дії	1, 10, 19, 28*, 37, 46*
Вступ у соціальний контакт	2, 11, 20, 29, 38, 47
Пошук соціальної підтримки	3, 12, 21, 30, 39, 48
Обережні дії	4, 13, 22, 31, 40, 49
Імпульсивні дії	5, 14, 23, 32, 41, 50*
Уникання	6, 15, 24, 33, 42, 51
Маніпулятивні дії	7, 16, 25, 34, 43, 52
Асоціальні дії	8, 17, 26, 35, 44, 53
Агресивні дії	9, 18, 27, 36, 45, 54

*Позначені зворотні питання (відповіді підраховуються в зворотному порядку).

Для інтерпретації індивідуальних особливостей стрес-долаючої поведінки дані опитаного зіставляються з даними, представленими в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Показники стратегій подолання стресових ситуацій

№	Стратегії подолання	Модель поведінки (дії)	Ступінь виразності стрес-долаючих моделей		
			низька	середня	висока
1	Активна	асертивні дії	6-17	18-22	23-30
2-3	Просоціальна	вступ у соціальний контакт	6-21	22-25	26-30
		пошук соціальної підтримки	6-20	21-24	25-30
4-5	Пасивна пряма	Обережні дії	6-17	18-23	24-30
		імпульсивні дії	6-17	16-19	20-30
6-7	Пасивна непряма	Уникання	6-13	14-17	18-30
		Маніпуляції	6-16	18-23	24-30
8-9	Асоціальна	асоціальні дії	6-14	15-19	20-30
		агресивні дії	6-13	14-18	19-30

Для визначення ступеня конструктивності стратегії поведінки обчислюється загальний індекс конструктивності – ІК.

$$ІК=АП:ПА,$$

Де, АП - сума показників субшкал "асертивні дії", "вступ у соціальний контакт", "пошук соціальної підтримки";

ПА - сума показників субшкал "уникання", "асоціальні дії", "агресивні дії".

Для визначення конструктивності індивідуальної стратегії, отримані результати порівнюються з даними з таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Оцінка загального індексу конструктивності стратегій
подолання стресових ситуацій (КСПСС)

Значення ІК	Ступінь конструктивності стратегії поведінки
ІК < 0,85	Низька конструктивність
ІК = 0,86? 1,1	Середня конструктивність
ІК > 1,1	Висока конструктивність

Зазначені методики були апробовані відповідно до мети та завдань нашої кваліфікаційної роботи.

2.2 Аналіз результатів за психодіагностичними методиками

На початку дослідження на загальних зборах нами було проведено роз'яснення щодо цілей нашого дослідження та умов його організації. Всі співробітники отримали роздруковані опитувальники та пройшли інструктаж по їх заповненню.

Всі отримані анкети були оброблені та дані були внесені в таблицю на основі якої і були зроблені всі подальші розрахунки.

Першим було опрацьовано данні по **Гіссенському опитувальнику психосоматичних скарг**. На їх основі було виділено та сформовано дві групи досліджуваних.

Перша група – це співробітники, що мають психосоматичні прояви. Їх загальний показник соматичних скарг (індекс тиску скарг) по даній методиці був вищий за 30.

Друга – співробітники, що не мають таких проявів. В цій групі середня кількість скарг складає 6,4, що за ключем до даної методики являється показником здорових людей.

До першої групи ми віднесли 23 особи, до другої -27.

Першу групу склали 21 особа віком 40+ (що становить 70% всієї цієї вікової групи) та 2 особи 30+ (відповідно 15%). Що вказує на чітку залежність між психосоматичними проявами та віком опитаних. Також чітко проглядається гендерна залежність. Серед 23 осіб, 18- це жінки (78% групи) і лише 5 – чоловіки (22%). Звичайно ми не забуваємо, що це самоопитувальники, а отже чоловіки могли свідомо, або підсвідомо, замовчати власні скарги.

Друга група складається з чоловіки – 5 осіб, жінки -16. Респонденти віком до 30 – 7 чоловік, 30-40 років – 11, 40-50 років – 8, та старший за 50 років одна особа.

Таблиця 2.5

Результати Гіссенського опитувальника соматичних скарг

Шкала	Група 1 (%)	Група 2 (%)
Е: Виснаження	44	42
М: Шлункові скарги	23	19
Г: Ревматичний чинник	17	18
Н: Серцеві скарги	16	21
Інтенсивність скарг	814	173

З таблиці 2.5 ми бачимо разючу різницю в шкалі інтенсивності (загальній кількості зазначених соматичних скарг) між групами. В першій групі майже в 4,5 рази їх більше ніж у другій. А ось розподіл соматичних скарг по шкалам майже однаковий.

У обох груп виділяється шкала виснаження. Респонденти обох груп жаліються на швидку втомлюваність та розсіяну увагу. У першій групі відмічають, що навіть після 8-годинного нічного сну відчувають сонливість та млявість. Цей стан призводить до зниження рівня чіткості думок і як наслідок зниження ефективності роботи. Це вказує на загальну втрату життєвої енергії. Цей показник корелюється з алекситимією та депресією.

На другому місці в групі 1 є шкала М, що вказує на синдром нервових (психосоматичних) шлункові недомагань та складає 23% від усіх скарг. Шкала G виражає суб'єктивні страждання людини, які мають алгічний чи спастичний характер і складає 17%. Також 16 % скарг респондентів припадає серцево-судинну систему.

У групі 2 ми бачимо 19% всіх скарг становить шкала М, 18% - шкала G та 21% - шкала Н. Тут ми можемо спрогнозувати схильність та передумови до виникнення психосоматичних проявів у відповідних соматичних системах.

На Рис. 2.1 ми бачимо середня кількість скарг по групах за даною методикою та різницю між ними.

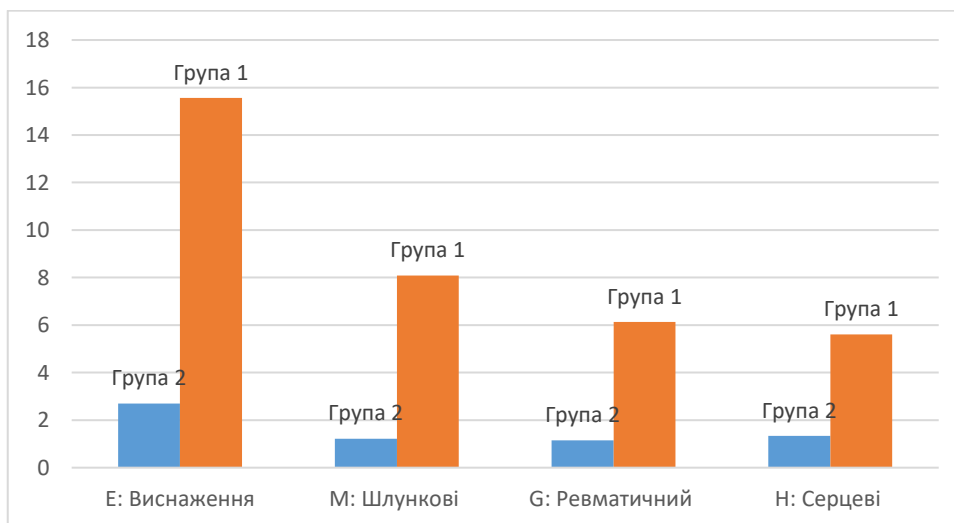


Рис. 2.1 Середня кількість скарг

Також ці данні ми перевірили за допомогою онлайн калькулятора для розрахунку t-критерія Стюдента. Ми підтвердили, що статистично результати двох опитувань відмінні при $p \leq 0,01$ (рис. 2.2)

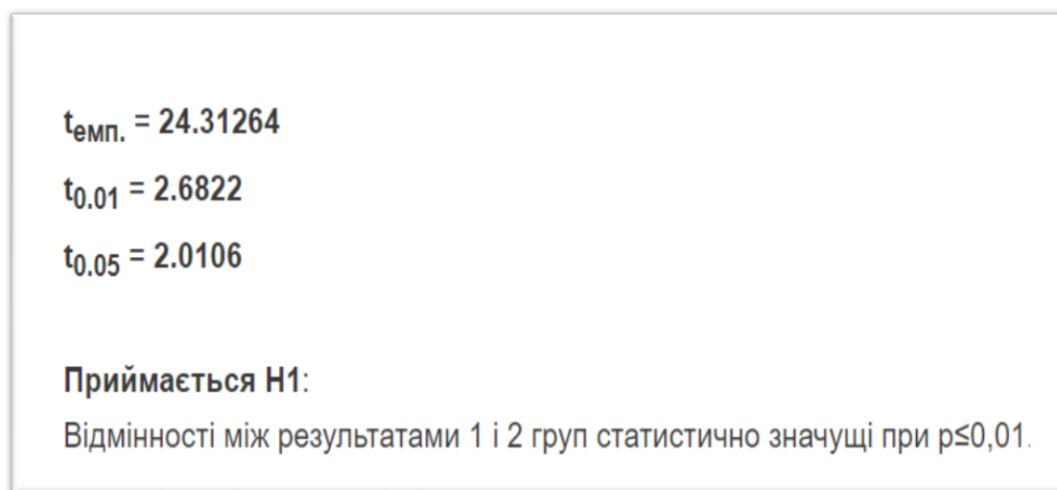


Рис. 2.2 t-критерія Стюдента

З даних графіка та t-критерія Стюдента ми робимо висновок, що групи дійсно мають велику відмінність в рівні прояву психосоматичних проявів. Це дає підстави вважати, що обрана діагностична група є валідною.

Результати діагностики по Чотирьохвимірній анкеті симптомів (4DSQ)

Після проведення анкетування отримані дані були опрацьовані і зведені до таблиці 2.6

Табл. 2.6

Результативні дані по анкеті 4DSQ

Шкала	Група 1			Група 2		
	min	max	μ	Min	Max	μ
Соматизація	10	30	18	2	10	6
Тривога	2	13	8	1	8	3
Дистрес	12	23	19	3	26	7
Депресія	0	4	2	0	3	1

З даної таблиці бачимо велику різницю між групами. Середні показники майже в 2 рази більші по всіх шкалах у Групі 1.

Табл. 2.7

Аналіз даних відносно таблиці «Інтерпретації даних по анкеті 4DSQ»

Шкала	Група 1			Група 2		
	Нормаль- ний (%)	Помірно підвищений (%)	Сильно підвищений (%)	Нормаль- ний (%)	Помірно підвищений (%)	Сильно підвищений (%)
Соматизація	22	65	13	100	0	0
Тривога	57	43	0	100	0	0
Дистрес	0	87	13	78	15	7
Депресія	52	48	0	96	4	0

Як бачимо з таблиці 2.7 у респондентів Групи 2 є перевищення норми тільки по шкалам депресія (у 4% респондентів виявлений помірно підвищений рівень) та дистрес (у 15% - помірно підвищений, а у 7% - сильно підвищений).

Тоді як в Групі 1 є перевищення у більшості досліджуваних по всіх шкалах і найвищі показники по Соматизації та Дистресі. Отже ми можемо зробити висновок, що наявність та вираженість психосоматичних проявів є результатом перебування респондентів під впливом сильного дистресу.

Підвищений рівень дистресу виявляється у більше ніж 50% всього колективу. Що має негативний вплив на ментальне здоров'я співробітників, їх рівень працездатності та атмосферу в компанії.

Результати дослідження по Шкалі психологічного стресу (PSM-25)

Наступним етапом нашого дослідження було визначення рівня психологічного стресу (напруги). Опрацьовані дані виведено в таблицю 2.8

Табл. 2.8

Рівень психічної напруги працівників

Рівень психічної напруги	Група 1		Група 2	
	осіб	%	осіб	%
Низький	1	4	23	85
Середній	17	74	4	15
Високий	5	22	0	0

Більш наглядно результати водно на Рис. 2.2

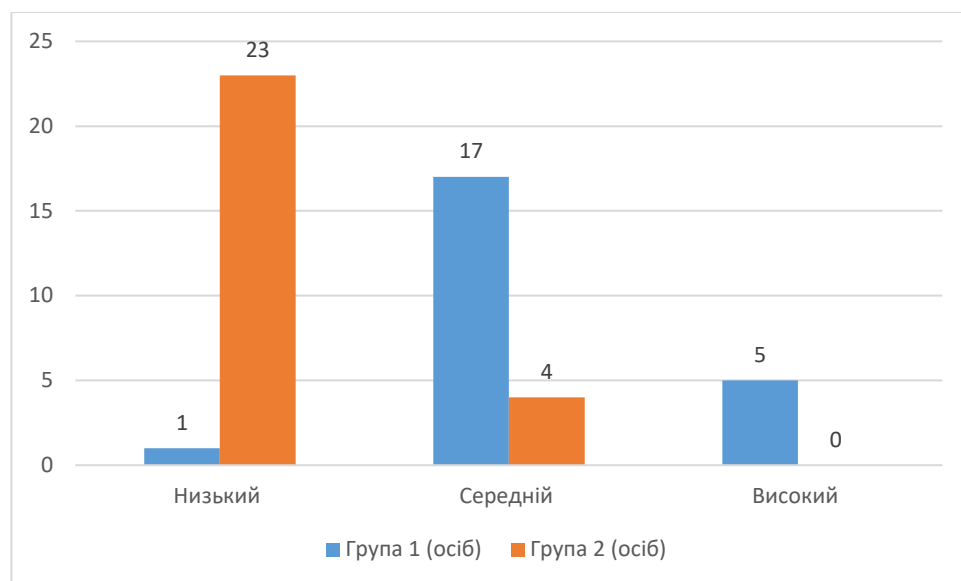


Рис. 2.2 Рівень психічної напруги

Низький рівень стресу вказує на адаптованість працівників до робочих навантажень. Вони легко виконують свої посадові обов'язки. Середній рівень напруги (у 42% всіх працівників компанії) вказує на деяке перевищення навантажень чи інтенсивності в роботі над можливостями співробітників. Високий же рівень у 22 % вказує на стан психічного дискомфорту та певну дезадаптацію робітників. В даному випадку необхідно провести певні заходи по зниженню нервово-психічного напруження. А саме можливості делегування частини обов'язків іншим співробітникам, або ж більш ефективного структурування роботи.

Результати дослідження по Методиці визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса й Раге

Дана методика підраховує загальну кількість стресових ситуацій за рік, що сталися з респондентом. Чим вищі показники за методикою, тим більше внутрішніх психологічних ресурсів повинна витратити особа для подолання стресу.

Отримані результати аналізу даних представлені в таблиці 2.9.

Табл. 2.9

Розподіл показників стресостійкості у працівників

Рівень стресостійкості	Група 1		Група 2	
	осіб	%	осіб	%
Низький (вразливий)	6	26	1	4
Граничний	14	61	3	11
Середній	2	9	13	48
Високий	1	4	10	37

Можемо зробити висновки, що у групі 2 майже всі респонденти (85%) знаходяться в ресурсному стані та мають запас стресостійкості. І лише 15% (4 особи) мають проблеми в цій сфері. Тоді як в групі 1 все навпаки. Цілих 77% респондентів мають граничний та низький рівень стресостійкості. Це вказує на те, що ці працівники витрачають більшу частину своїх психологічних сил на боротьбу зі стресом, що звичайно знижує їх когнітивні можливості та негативно позначається на ефективності їх та компанії загалом.

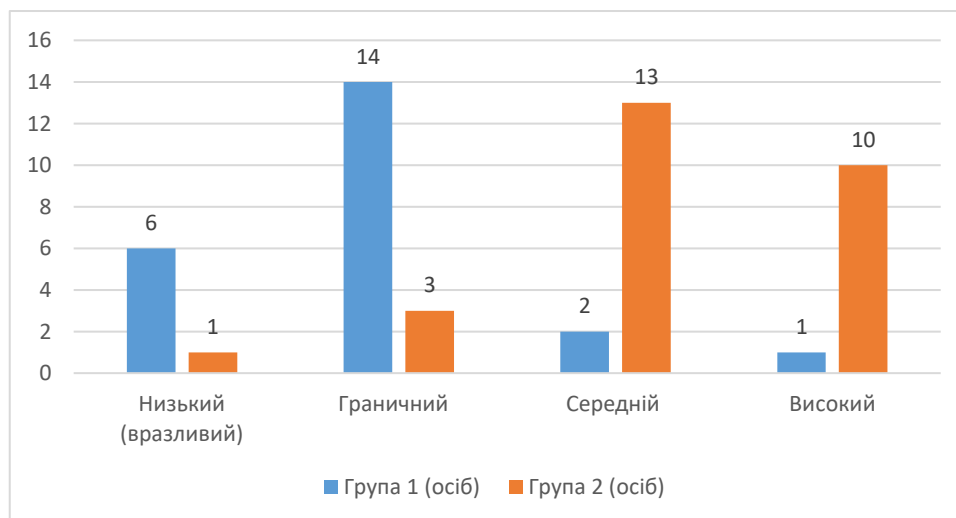


Рис. 2.3 Стресостійкість по методиці Холмса й Раге

Результати дослідження по методиці Стратегії подолання стресових ситуацій С.Хобфолла (SACS)

Результати даної методики дають нам уявлення про те, як найчастіше діє особа в складній ситуації. Оскільки копінг є сталою поведінковою тенденцією,

ми можемо бачити ефективність людини в стресовій ситуації.

Отримані дані відображені в таблиці 2.10

Табл. 2.10

Показники стратегій подолання стресових ситуацій

Стратегії подолання	Модель поведінки (дії)	Ступінь виразності стрес-долаючих моделей (%)					
		Група 1			Група 2		
		низька	середня	висока	низька	середня	висока
Активна	асертивні дії	47	48	5	10	66	24
Просоціальна	вступ у соціальний контакт	46	31	23	15	30	55
	пошук соціальної підтримки	19	52	29	34	21	45
Пасивна пряма	Обережні дії	19	61	20	17	49	34
	імпульсивні дії	83	14	3	26	65	9
Пасивна непряма	уникання	10	33	57	13	62	25
	маніпулятивні дії	24	69	7	22	68	10
Асоціальна	асоціальні дії	49	11	40	32	52	16
	агресивні дії	32	20	48	34	35	31

Найефективнішими стратегіями є активна та просоціальна. Як бачимо вони менш виражені у Групі 1 ніж у Групи 2. В той же час, такі моделі поведінки як уникнення, асоціальні (цинічні, жорсткі або ж негуманні) та агресивні дії (суперництво, конфронтація, тиск) мають високий рівень у Групі 1. Останні дві моделі поведінки є деструктивними і можуть призвести до негативних наслідків для оточення. Учасники цієї групи є негативно та песимістично налаштованими по відношенню до оточення. Що звичайно знижує можливості подолання стресу. Що підвищує ймовірність розвитку синдрому вигорання.

У Групі 2 всі неефективні стратегії, такі як пасивна, пасивна непряма та асоціальна мають середній рівень вираженості. Учасники цієї групи показали досить велику кількість моделей поведінки і переважання серед них саме

ефективних стратегій. Вони здебільшого використовують раціоналізацію та непрямі дії. Також вони направлені на пошуки позитивного в складних ситуаціях. І сприймають їх як новий корисний досвід.

2.3. Математична обробка результатів емпіричного дослідження

Для виявлення взаємозв'язку між двома і більше психологічними параметрами у дослідженнях використовують кореляційний аналіз. Для нашої роботи ми обрали метод лінійної кореляції Пірсона, оскільки він застосовується для ознак, що мають кількісне значення і показує точну силу зв'язку.

Кореляційний показник (r) може приймати значення від -1 до +1. Якщо показник є «позитивним» (+), то динаміка параметрів є однонаправленою. Тобто при збільшенні одно збільшується і інший. У випадку коли показник кореляції має «негативне» (-) значення – маємо різнонаправлену динаміку. При збільшенні одного показника інший зменшується.

Сила зв'язку:

$r=0.01-0.29$ слабка

$r=0.3-0.69$ середня

$r=0.7-1$ сильна

Спочатку перевіримо чи правдиво відповідали респонденти на питання соматизації. Методика Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг та шкала «Соматизація» по методиці Чотирьохвимірної анкети симптомів (4DSQ) мають аналогічні питання. А значить і зв'язок між цими показниками має бути сильним.

Показник кореляції по шкалам соматизація

	Індекс тиску скарг	Соматизація по 4DSQ
Індекс тиску скарг	1	
Соматизація по 4DSQ	0,771859592	1

Як бачимо показник високий і вказує на сильний зв'язок. Ми можемо зробити висновок, що респонденти були з нами відвертими та чесними.

З аналізу зв'язків психосоматичний проявів та шкал по методиці 4DSQ ми бачимо, що найбільший зв'язок, а також вплив, має шкала «Дистрес» $r=0,82$. Також шкала «Тривога» знаходиться в межах середньої сили зв'язків.

Показники кореляції по методикам Гіссенський опитувальник та
Чотирьохвимірна анкета симптомів

	<i>Індекс тиску скарг</i>	<i>Соматизація 4DSQ</i>	<i>Тривога 4DSQ</i>	<i>Дистрес 4DSQ</i>	<i>Депресія 4DSQ</i>
Індекс тиску скарг	1				
Соматизація 4DSQ	0,7718596	1			
Тривога 4DSQ	0,6033769	0,562726	1		
Дистрес 4DSQ	0,8155441	0,754768	0,509002	1	
Депресія 4DSQ	0,3268252	0,402285	0,04786	0,349234	1

Висновок: особи, що піддаються високому рівню дистресу та мають підвищену тривогу мають прояви психосоматичних проявів. Їх кількість та вираженість прямо залежать від терміну та сили дії дистресу.

1. .

Показники кореляції по методикам Гіссенський опитувальник та PSM-25 та Методикою визначення стресостійкості Холмса й Раге

	<i>Індекс тиску скарг</i>	<i>Стрес по PSM-25</i>	<i>Стресостійкість по Холмса й Раге</i>
Індекс тиску скарг	1		
Стрес по PSM-25	0,858809	1	
Стресостійкість по Холмса й Раге	0,559404	0,455235	1

Провівши аналіз зв'язків між показниками по методика Гіссенський опитувальник, Шкала психологічного стресу (PSM-25) та Методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса й Раге маємо таку картину:

2. Так само бачимо сильні прямі зв'язки між психосоматичними проявами та рівнем стресу по PSM-25 ($r=0.86$).
3. Середня сила зв'язків між психосоматичними проявами та стресостійкістю Холмса ($r=0.56$).
4. Середній рівень зв'язку між рівнем стресу та стресостійкістю ($r=0.46$). Це можна пояснити тим, що є респонденти які не зважаючи на високий тиск стресогенних ситуацій в житті вміють гарно з ними справлятися

Висновки до другого розділу

Для досягнення завдання кваліфікаційної роботи було організовано та проведено емпіричне дослідження на базі ТОВ «Індістаг», в якому прийняло участь 50 осіб.

Нами були використані такі методики: Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг (Giesener Beschwerdebogen, GBB); Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ); Шкала психологічного стресу (PSM-25); Методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса й Раге; Стратегії подолання стресових ситуацій С.Хобфолла (SACS).

За результатами першої методики (Гіссенський опитувальник) всі учасники були поділені на дві групи. Група 1 – респонденти, що мають психосоматичні прояви (23 особи). Та Група 2 – респонденти, що не мають таких проявів (27 осіб).

За результатами методики 4DSQ ми виявили перевищення майже 2 рази середніх показників Групи 1 над аналогічними показниками Групи 2 по всіх чотирьох шкалах. Перевищення по шкалам «Соматизація» та «Дистрес» склало майже в 3 рази.

Шкала психологічного стресу (PSM-25) нам показала, що в Групі 2 аж 85% респондентів мають низький рівень стресу. Тоді як в Групі 1 таких респондентів всього лише 4%. 5 осіб з Групи 1 мають високий рівень стресу.

Це вказує на вигорання та необхідність допомогти їм в подоланні стресу. Бажано їх посадові обов'язки «розгрузити».

По Методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса й Раге також бачимо складну ситуацію в Групі 1. Тут 26% респондентів мають низький, тобто вразливий, рівень стресостійкості, а 61 – граничний. Це вказує на досить високий стресовий тиск на осіб з яким останні слабо справляються. Як результат – психосоматичні прояви. У Групі 2 основна більшість респондентів має середній (48%) та високий (37%) рівень стресостійкості.

Проаналізувавши копінг стратегії по методиці Стратегії подолання стресових ситуацій С.Хобфолла (SACS) ми також бачимо, що учасники Групи 1 схильні обирати неефективні стратегії. А саме «Уникнення», «Маніпулятивні дії» або ж асоціальні, тобто жорсткі, цинічні та негуманні. «Агресивні дії» досить часто використовує 48% респондентів цієї групи. Такі дії є деструктивними та навіть небезпечними. Ці стратегії не допомагають учасникам боротися з надмірним стресовим навантаженням, а тільки ще більше створюють напруження.

В Групі 2 учасники демонстрували широкий спектр стратегій та віддавали перевагу ефективним. Таким як асертивні дії, вступ у соціальний контакт та пошук соціальної підтримки.

Провівши математичні розрахунки ми побачили чітку залежність між рівнем стресу та кількістю і вираженістю психосоматичних проявів. Чим вищий стрес, тим яскравіші ці прояви. Тим слабкіші копінг стратегії обирає людина. Вона стає схильна до ворожості та агресивності. Це збільшує стрес і може призвести до розвитку депресії. Все це негативно відображається на продуктивності роботи, атмосфері в колективі та ефективності всієї компанії. Саме тому так важливо вчасно помітити ці зміни та відреагувати на них.

Тож саме для 23 працівників, що були учасниками Групи 1 ми розробили тренінг. Він дасть їм інструменти для подолання стресу та зниження психосоматичних проявів.

РОЗДІЛ 3

ТРЕНІНГ ПО ЗНИЖЕННЮ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ

3.1 Розробка та проведення тренінгу по зниженню психосоматичних проявів

Після проведеного емпіричного дослідження, нами був розроблений і впроваджений тренінг. Він враховує всі отримані нами результати. Був обраний саме цей метод роботи оскільки на нашу думку він є найефективнішим. Він має всі переваги групової терапії, досить короткотривалий та відповідає цілі кваліфікаційної роботи – зниженню психосоматичних проявів в умовах тривалого стресу.

Тренінг по зниженню психосоматичних проявів

Мета тренінгу:

- розширення знань співробітників про стрес та психосоматичні захворювання;
- зниження рівня психологічної та фізіологічної напруги і як наслідок зниження рівня психосоматичних проявів.

Вид тренінгу: психокорекційний тренінг, навчаючий тренінг.

За формою роботи: групова

Завдання тренінгу:

- Сформувати уявлення про психосоматичні прояви та стрес. Та їх взаємозалежність.
- Сформувати у учасників навички по самодопомозі та самоконтролю в стресових ситуаціях.
- Показати вправи для подолання емоційного стресу.
- Актуалізувати діяльність, спрямовану на покращення здоров'я.

Цільова аудиторія: співробітники з психосоматичними розладами- 23 особи.

За тривалістю: 3 зустрічі по 2 години.

Розробка тренінгу складалась з трьох етапів:

- 1- Розробка самого тренінгу (аналіз та підбір вправ та технік);
- 2- Проведення тренінгу (3 зустрічі по 2-2,5 години);
- 3- Перевірка ефективності тренінгу.

В основі створення і розробки програми тренінгу використані сучасні напрямки психотерапії: гештальттерапія, психодрама, позитивна терапія. На заняттях використовуються групові методи, а саме загальне обговорення, робота в парах, робота по колу. Також задіяні методичні прийоми та засоби проведення тренінгу, такі як ігри-розминки, проектні методи, вправи, міні-лекції та ін.

Програма тренінгу складається з трьох зустрічей:

1 зустріч - 2 години.

Мета: знайомство з учасниками тренінгу, діагностика очікувань від тренінгу, навчання учасникам працювати за умов тренінгу, орієнтування в програмі, створення та прийняття правил групової роботи, теоретична лекція про психосоматичні розлади та стрес, базові вправи на розслаблення та дихання.

Структура:

Вступна частина:

1. Вступ
2. Знайомство
3. Правила групи
4. Очікування учасників.

Основна частина:

5. Міні-лекція: Психосоматичні прояви та стрес.
6. Актуалізація проблеми.

7. Практичні вправи (Вправи: Управління диханням, Руки-нагайки, Поза кучера, Релаксація на контрасті.)

Завершальна стадія:

8. Підведення підсумків.
9. Обговорення справдження очікувань.

2 зустріч – 2 годин.

Мета: вивчення ставлення до власних психосоматичних проявів, переклад сприйняття психосоматичних проблем в іншу форму – метафоричну. З метою розкриття потенційних можливостей спрямованих на одужання.

Структура:

Вступна частина:

1. Вступ
2. Очікування учасників.

Основна частина:

10. Практичні вправи (Вправи: Лимон, Навіщо мені здоров'я?, Як я зрозумію, що я здоровий, Лікар та пацієнт, Консиліум лікарів, Метафорична назва своїм проявам, Малюнок метафоричної назви хвороби .)

Завершальна стадія:

11. Підведення підсумків.
12. Обговорення справдження очікувань.

3 зустріч - 2 години.

Мета: усвідомлення відповідальності за своє життя та здоров'я, вивчення нових технік та закріплення пройденого за 3 дні тренінгу.

Структура:

Вступна частина:

1. Вступ
2. Очікування учасників.

Основна частина:

3. Міні-лекція «Хочете бути щасливими? Будьте»

4. Актуалізація проблеми.
5. Практичні вправи (Вправи: Відгадай емоцію, Позитивне мислення, Не помиляється той, хто нічого не робить, Я в майбутньому.)

Завершальна стадія:

6. Підведення підсумків.
7. Обговорення справдження очікувань.
8. Заключне звернення.

По закінченню тренінгу учасникам були дані рекомендації щодо постійного проведення практики вправ та веденню здорового способу життя.

. ТРЕНІНГ

ПО ЗНИЖЕННЮ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ

Заняття 1

Мета: знайомство з учасниками тренінгу, діагностика очікувань від тренінгу, навчання учасникам працювати за умов тренінгу, орієнтування в програмі, створення та прийняття правил групової роботи, теоретична лекція про психосоматичні розлади та стрес, базові вправи на розслаблення та дихання.

Вступне слово тренера

Доброго дня! Дуже рада Вас на нашому триденному тренінгу. На ньому ми розглянемо дуже актуальну і важливу тему про наше ментальне та фізичне здоров'я, а саме психосоматичні прояви та способи їх зниження в умовах тривалого стресу.

Вправа «Знайомимосся ближче»

Мета: знайомство з учасниками, створення позитивної атмосфери.

Обладнання: м'ячик.

Просимо учасників коротко та оригінально презентувати себе..

Час по 2 хв на кожного учасника.

Гра «Я ніколи не ...»

Мета: більше дізнатися про інших учасників групи, підвищити рівень згуртованості.

Обладнання: фішки – це можуть бути невеличкі предмети однакового розміру: камінці, квасоля, монетки чи сірники.

Учасники по черзі промовляють «Я ніколи не ...» і вказують, що ж саме вони ще не робили: не були одружені, не мали дітей та ін. Наприклад, учасник сказав, що він ніколи не був у Франції. Інші члени групи, які вже були там, віддають йому свої фішки. Мета– зібрати якомога більше чужих фішок. Отже гравцям треба називати такі свої дії, які всі інші вже робили.

Час 5 хвилин.

Вправа «Прийняття правил роботи групи»

Мета: ознайомлення з правилами роботи групи та їх прийняття, налагодження контакту, формування згуртованості групи.

Техніка проведення: учасники виробляють групові правила, які не можна порушувати в процесі всієї тренінгової роботи.

Інструкція: правила існують в будь-якій групі і в будь-якому суспільстві. Для подальшої роботи нашої групи ми повинні зараз обговорити і прийняти правила. Тому уважно прочитайте запропоновані правила. Чи всі згодні з тим, що написано? Чи є пропозиції про зміну правил чи додавання нових?

Правила роботи групи:

- Спілкування за принципом «Тут і тепер».
- Активність.
- Відвертість і щирість.
- Правило «Я» (кожен учасник тренінгу говорить тільки за себе і від свого імені, наприклад: «Я думаю ... Я відчуваю ... Мені здається ...»).
- Повага до мовця.
- Контроль поведінки.
- Відповідальність.
- Правило «Стоп» (можна зупинити розмову, коли учасники почувають себе не комфортно).
- Конфіденційність.

Час 5 хвилин.

Обговорення очікувань.

Мета: дізнатися особисті очікування учасників

Важливо, щоб кожен учасник промовив свої очікування вголос: висловлені очікування надають можливість учасникам усвідомити свої цілі та взяти на себе відповідальність за їх реалізацію. Зверніть увагу на що орієнтовані учасники групи – на процес або результат. Потрібно більше зосереджувати зусилля на учасників, які хочуть досягти певного результату.

Час 3 хвилини.

Міні-лекція: Психосоматичні прояви та стрес.

За результатами американського дослідження, смертність серед людей, які вважали, що стрес у їхньому житті призведе до якоїсь величезної проблеми, – інфарктів, смертей тощо – була на 43% вища, ніж серед тих, хто не говорив про фатальність стресу. Крім того, статистика підтверджує, що люди, які переживають депресію, мають на 42% вище ризик розвитку серцево-судинних захворювань, а люди з розладами сну – високий ризик розвитку діабету 2-го типу, ожиріння та інших метаболічних захворювань. Ті, у кого спостерігається генералізований тривожний розлад, мають підвищені рівні кортизолу, що може призвести до зниження імунітету та збільшення ризику захворювання на інфекційні хвороби.

До чого це все? Річ у тому, що наші думки, психоемоційний стан та ментальне здоров'я загалом впливають на фізичне здоров'я нашого тіла. Такий вплив вивчає і пояснює психосоматика.

Психосоматика (від д. грец. ψυχή — душа та σῶμα — тіло) — напрям медичної психології, що вивчає вплив психічних факторів на виникнення та перебіг соматичних (тілесних) захворювань; дослідження, спрямовані на вивчення взаємозв'язку психіки й тіла. Простою мовою про психосоматику як науку та про те, як наше тіло страждає від неприговорених емоцій.

Інакше кажучи, взаємозв'язок тіла («соми») та психіки завжди є двостороннім. Як всі соматичні розлади мають своє психологічне «коріння», так і будь-які психологічні проблеми завжди приносять психосоматичні

«плоди». Відмінність лише у тому, яка саме сторона внутрішнього конфлікту психічна або соматична виходить на перший план, і яка з них має більш виражені зовнішні прояви.

Зменшення інтенсивності тілесних симптомів може бути досягнуто шляхом пошуку психологічних причин, що їх породили. Через тілесні прояви психологічних проблем можна прямим шляхом, минаючи лабіринти логіки, дійти до глибин душі людини. Розгадати символічні «загадки» підсвідомості, дістатися до прихованого в них змісту.

Точні механізми психосоматичних розладів до кінця не вивчені, але дослідники знають, що стрес і депресія можуть проявлятися у вигляді фізичного болю і захворювань. Це складний процес, але ось аналогія, яка може допомогти зрозуміти його.

Порівняйте своє тіло зі скороваркою. Якщо вона може випускати пару, вона працює ефективно. Якщо вона не може випустити пару, тиск продовжує зростати, поки кришка не зірветься. Тепер уявіть, що каструля вже знаходиться під тиском, і ви прикладаєте більше зусиль, щоб утримати кришку на місці. Коли контейнер більше не зможе утримувати весь тиск, він розірветься в найслабшому місці.

Подібно до того, як скороварка дає тріщину в найслабшому місці своєї конструкції, хвороба, пов'язана зі стресом, найімовірніше, виникне там, де ваш організм вже ослаблений.

Той, хто перебуває у стресовому стані й не дає або не може дати вихід своїм емоціям, врешті-решт досягне емоційного перелому. Це може призвести до фізичних симптомів або спровокувати напад глибокої депресії.

Озираючись назад, ви можете розпізнати деякі попереджувальні ознаки того, що наближається злам. Наприклад, якщо ви схильні напружувати шию, ви можете відчувати посилення болю в шиї під час стресу. Біль у спині, розлади шлунку та головний біль — інші поширені способи, як стрес може оселитися у вашому тілі.

У своєму розвитку стрес проходить 3 стадії. Давайте розглянемо їх.

Наприклад, вам повідомили, що сьогодні до вас прийде перевіряючий. Ви відчуваєте тривогу і напругу. Деякі губляться, не можуть зібратися. Це перша стадія – стадія тривоги. На цій стадії в кров надходять особливі речовини, що підвищують стійкість до травмуючого фактору, і організм готується діяти.

З часом перша тривога пройде, і ви перейдете до виконання завдання. Ситуація продовжує залишатися напруженою, складною, а ви вже здатні діяти досить ефективно, іноді навіть більш ефективно ніж у звичайній ситуації. Це друга стадія. Ваш організм мобілізував внутрішні ресурси та отримав можливість діяти. Однак, на цій стадії через те, що організм працює дуже напружено, на межі своїх можливостей, його ресурси швидко витрачаються.

І тепер настає наступна – третя стадія - стадія стабілізації чи опору, якщо стресова ситуація продовжує зберігатись. Уявіть собі, що перевіряючий будуть присутні у вашому кабінеті протягом усього дня! Вже до кінця дня ви відчуєте сильну втому, ваша працездатність знизиться, увага та пам'ять почнуть змінювати вам. Буде більше помилок, а результат роботи може стати байдужим. Організм використовував усі ресурси, а тепер може наступити його руйнування. На цій стадії у людини значно погіршується самопочуття, може порушитися сон і апетит, зростає схильність до його різних захворювань, і як наслідок, настає хвороба, у крайніх випадках за стадією виснаження може настати смерть. На цій стадії стрес переходить у дистрес. І саме дистрес починає порушувати наше фізичне та ментальне здоров'я. чим довше по часу вплив дистресу, тим відчутніші наслідки.

Профілактика психосоматичних розладів зводиться до здорових методів подолання стресу та підвищення психологічної усвідомленості. Таких методів існує безліч і це лише питання пошуку того, що працює найкраще для вас. Тож пропоную вам деякі з методів для зменшення психосоматичних проявів та профілактики їх виникнення.

Вправа «Управління диханням»

Мета: зняття стресу та напруги.

Це ефективний засіб впливу на тонус м'язів та емоційні центри мозку.

Повільне і глибоке дихання (з участю м'язів живота) знижує збудливість нервових центрів, сприяє м'язовому розслабленню, тобто релаксації. Часте (грудне) дихання, навпаки, забезпечує високий рівень активності організму, підтримує нервово-психічну напруженість.

Нижче представлений один із способів використання дихання для саморегуляції.

Інструкція: сидючи або стоячи, постарайтеся по можливості розслабити м'язи тіла і зосередьте увагу на диханні.

1. На рахунок 1-2-3-4 робіть повільний глибокий вдих (при цьому живіт випинається вперед, а грудна клітка нерухома).
2. На наступні чотири рахунки затримайте подих.
3. Потім зробіть плавний видих на рахунок 1-2-3-4-5-6.
4. Знову затримайте дихання перед наступним вдихом на рахунок 1-2-3-4.

Час 7 хвилин.

Вправа: «Руки-нагайки».

Мета: фізична релаксація.

Інструкція: Встаньте – ноги на ширині плечей, нахиліться вперед та розслабтесь. Голова, плечі, і руки вільно звисають до низу. Дихання спокійне. Фіксуєте це положення 1-2 хвилини. Зосередьте свою увагу на руках, котрі вільно звисають. Уявіть що по них протікає вся негативна енергія та розчиняється в повітрі... Наприкінці повільно піднімайте голову (так, щоб вона не закрутилася) і випрямляйте спину. Повільний подих- повільний видих.

Час 5 хвилин.

Вправа «Поза кучера».

Мета: фізична релаксація.

Інструкція: Необхідно сісти на стілець, опустити руки, спершись ліктями на ноги. Спина похилена вперед, голова опущена, шия і спина розслаблені, спираються лише ліктями на ноги. В такій позі трохи розхитуючись можна відпочивати 10-15 хвилин.

Час 10 хвилин.

Вправа «Релаксація на контрасті»

Мета: релаксація.

Інструкція: Щоб ефективно зняти м'язове напруження, спочатку треба його посилити. Якщо обстановка навколо напружена й ви відчуваєте, що втрачаєте самовладання, цей комплекс можна виконати прямо на місці, за столом, практично непомітно для навколишніх.

1. Так сильно, як можете, напружте пальці ніг. Потім розслабте їх.
2. Напружте й розслабте ступні ніг.
3. Напружте й розслабте гомілки.
4. Напружте й розслабте коліна.
5. Напружте й розслабте стегна.
6. Напружте й розслабте сідничні м'язи.
7. Напружте й розслабте живіт.
8. Розслабте спину й плечі.
9. Розслабте кисті рук.
10. Розслабте передпліччя.
11. Розслабте шию.
12. Розслабте лицьові м'язи.
13. Посидьте спокійно кілька хвилин, насолоджуючись повним спокоєм. Коли вам здається, що повільно плывете,— ви повністю розслабилися.

Час 10 хвилин.

Підведення підсумків.

Мета: систематизація та асиміляція отриманої на занятті інформації.

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

Час: 10 хвилин.

Обговорення справдження очікувань.

Час: 3 хвилини.

Заняття 2

Мета: вивчення ставлення до власних психосоматичних проявів, переклад сприйняття психосоматичних проблем в іншу форму – метафоричну. З метою розкриття потенційних можливостей спрямованих на одужання.

Вступне слово тренера

– Добрий день усім! Приємно привітати учасників нашої зустрічі.

Очікування учасників

Мета: визначення та усвідомлення учасниками групи власних очікувань від заняття.

Інструкція: Скажіть по черзі по колу, продовжуючи наступні незакінчені пропозиції: «я прийшов на заняття з ... Я чекаю від сьогоднішнього заняття...»

Час: до 1 хвилини кожного учасника.

Вправа «Лимон»

Мета: зняття м'язової напруги, управління станом м'язової напруги та розслаблення

Інструкція: Тепер сядьте зручно: руки вільно покладіть на коліна (долонями вгору), плечі та голова опущені, очі закриті. Уявіть собі, що у вас у правій руці лежить лимон. Починайте повільно його стискати доти, доки не відчуєте, що вижили весь сік. Розслабтеся. Запам'ятайте свої відчуття. Тепер уявіть, що лимон знаходиться в лівій руці. Повторіть вправу. Знову розслабтеся та запам'ятайте свої відчуття. Насолоджуйтесь станом спокою.

Час: 5 хв.

Вправа "Навіщо мені здоров'я?"

Мета: сформувані чітке особисте розуміння здоров'я у учасників.

Інструкція: Треба взяти аркуш паперу, ручку і написати 30 і більше відповідей на запитання "Навіщо мені здоров'я?". Так наша свідомість переорієнтується на здоров'я, і набагато швидше та ефективніше піде процес одужання.

Важливо: відповіді повинні бути у стверджувальній формі (не містити частинки "не"). Адже наша підсвідомість не сприймає частку "не".

Час 7 хвилин.

Вправа "Як я зрозумію, що я здоровий?"

Мета: зафіксувати результати яких хоче досягти кожний з учасників.

Інструкція: Треба взяти аркуш паперу, ручку і написати 30 і більше відповідей на запитання "Як я зрозумію, що я здоровий?" (у яких відчуттях, як я себе почуватиму). Наприклад, "я вставатиму о 5 ранку повний сил і енергії, я відчуватиму легкість у тілі, у мене буде гарний рівний настрій" тощо.

Поки ми не створимо всередині себе чітку і ясну систему координат, здоров'я не змінюватиметься на краще. Бо часто насправді людина не хоче змінюватися, не хоче ставати здоровою. А ці вправи допомагають правильно орієнтувати підсвідомість. Після того, як їх виконаємо, ми почнемо будувати своє життя так, щоб рухатися до здоров'я. Тепер будь-які дії, спрямовані на здоров'я, дадуть набагато більший ефект.

Час 7 хвилин.

Вправа «Лікар та пацієнт»

Мета: навчитися уважно слухати іншого та навчитися описувати власні психосоматичні прояви.

Інструкція: Розділіться на пари. Вирішіть, хто спочатку гратиме роль лікаря, а хто – пацієнта. Завдання для лікаря – протягом п'яти хвилин розпитати про прояви. Завдання для пацієнта – як можна більше розповісти про своє них (Де болять? Як болять? Що відчуваєте?).

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

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

Час: 20 хвилин (10 хвилин на виконання завдання та 10 хвилин на

обговорення).

Вправа «Консиліум лікарів»

Мета: навчитися дистанціюватись від проявів.

Інструкція: Сядьте у коло. Уявіть, що Ви є лікарями на медичному консиліумі. По черзі протягом хвилини розкажіть своїм колегам про те, що турбує вашого пацієнта, починаючи зі слів «У моїй практиці був пацієнт із наступним психосоматичними проявами...».

Завдання для учасників групи – уважно слухати свого колегу, намагаючись зрозуміти стан пацієнта.

Питання для обговорення: чи вдалося іншій людині точно передати картину вашого стану? Які почуття виникали, коли Ви слухали розповідь іншої людини про вас?

Час: 20 хвилин (до 1 хвилини на кожного учасника на виконання завдання та до 1 хвилини на одного учасника на обговорення).

Вправа «Метафорична назва своїм проявам»

Мета: перекласти знання про власні прояви на символічну реальність.

Інструкція: Сядьте у коло. Дайте метафоричну назву своїм проявам та скажіть іншим обрану метафору.

Інформація для тренера: Коли людина використовує метафору для опису свого внутрішнього досвіду, вона розкриває глибоко особисті та дуже могутні аспекти. Метафора як голограма, кожен фрагмент якої можна використовувати для відтворення цілого, кожен шматочок несе всю інформацію оригіналу. Метафора не лише несе в собі всю інформацію про проблему, але також інформацію про те, як вирішити цю проблему.

Час: до 2 хвилини на кожного учасника.

Вправа «Малюнок метафоричної назви хвороби»

Мета: дистанціюватися від хворобливих проявів використовуючи механізм проекції.

Інструкція: Візьміть аркуш паперу та кольорові олівці та намалюйте метафору своєї хвороби. Поверніть у спільне коло та по черзі розкажіть про

свій малюнок. Після обговорення можна запропонувати учасникам порвати та викинути малюнок, як символ від'єднання та подолання хвороби.

Питання для обговорення: Що ви намагалися відобразити на малюнку? Що нового дізналися про свою хворобу?

Час: 35 хвилин (15 хвилин на малювання, до 2 хвилин на кожного учасника на презентацію малюнку).

Підведення підсумків.

Мета: систематизація та асиміляція отриманої на занятті інформації.

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

Час: 10 хвилин.

Обговорення справдження очікувань.

Час: 3 хвилини.

Заняття 3

Мета: усвідомлення відповідальності за своє життя та здоров'я, вивчення нових технік та закріплення пройденого за 3 дні тренінгу.

Вступне слово тренера

– Добрий день усім! Сьогодні нас остання зустріч на якій хотілося би дати вам ще деякі вправи та натхнення їми займатися.

Очікування учасників

Мета: визначення та усвідомлення учасниками групи власних очікувань від заняття.

Інструкція: Скажіть по черзі по колу, продовжуючи наступні незакінчені пропозиції: «я прийшов на заняття з ... Я чекаю від сьогоднішнього заняття...»

Час: до 1 хвилини кожного учасника.

Міні-лекція «Хочете бути щасливими? Будьте»

Хотілося би донести до вас, що фундаментом для щастя людини є його здоров'я, як фізичне так і психологічне. А воно не можливе без усвідомлення трьох фактів.

Перший: здоров'я залежить від нашого способу життя, світовідчуття та способом мислення. Те, як і що ми думаємо впливає на те як і що ми відчуваємо та яким чином реагуємо на навколишній світ. І саме наша реакція впливає на те чи буде дана ситуація для нас стресом чи ні.

Другий: тільки ми є відповідальними за наше життя і здоров'я. і в будь якій ситуації саме ми обираємо як реагувати і що робити. Прийняття цієї відповідальності може змінити дуже багато в житті.

І, нарешті третій. Збереження або відновлення здоров'я неможливе без відповідності ваших можливостей і домагань. Як сказав Станіслав Єжи Лец, «піднімайся над собою, але не губи себе із виду».

Ефективно впоратись з стресом можна завдяки:

1. фізичним вправам, руховій активності (біг, плавання, ходьба, фізичні вправи, рухливі ігри на свіжому повітрі, танці);
2. методикам психоемоційного розслаблення (релаксації), аутотренінгу, медитації та технікам дихання;
3. умінню керувати своїми емоціями;
4. позитивному мисленню, духовності;
5. здоровим способам реагування.

З першим пунктом все зрозуміло. Ви обираєте будь який спосіб, який принесе вам не тільки користь, але і задоволення. З другого пункту методики дихання та релаксації ми вже розглядали. Що до медитації радже дуже зручний та ефективний додаток на смартфон Meditoria. В ньому є готові варіанти з підказками для медитації.

Час: 7 хвилин.

Гра «Відгадай емоцію».

Мета: вивчити емоції та вміти їх розпізнавати.

Інструкція: Учасникам роздаються картки, на яких відмічені емоції, і те, за допомогою яких частин тіла потрібно ці емоції виразити. Наприклад, картка «Сум-Руки» означає, що сум потрібно показати використовуючи лише руки. (Емоції: «Горе-Губи», «Радість-Права рука», «Гордість-Очі..», «Страх-

Спина», «Відданість-Очі», «Здивування-рот.»)

Обговорення: - Що дала ця вправа? Які почуття виникали під час виконання? - Які емоції виконувати було приємно, а які ні?

Час: 10 хвилин.

Вправа «Позитивне мислення»

Мета: навчитися фокусуватися на позитиві.

Інструкція: ведучий говорить негативну фразу, а учасники повинні перевести її в позитивну.

- «У мене нічого не вийде».
- «Мені обов'язково треба мати це»
- «Не варто й пробувати»
- «Я дурень»
- «Я безнадійна людина»
- «Я не зможу»
- «Усе втрачено»
- «Вони зобов'язані це зробити»

Час: 10 хвилин.

Вправа «Не помиляється той, хто нічого не робить».

Інструкція: багато людей бояться робити помилки, цей страх провокує стрес, тож правильне відношення до помилок зменшує наші переживання. Треба усвідомити що помилки дуже корисні як матеріал для самовдосконалення й стимулу до діяльності. Дуже важливо позитивно ставитись до помилок. Деякі зарубіжні компанії навіть матеріально заохочують своїх працівників за творчі ідеї, які не втілилися. Поміркуйте й запишіть свої висловлювання, які виражали б позитивне ставлення до невдач і помилок та висвітлювали перспективу їх подолання.

Вправа «Я в майбутньому».

Інструкція: Ведучий пропонує учасникам замислитися і уявити себе, наприклад, через 5 років. Звернути увагу на зовнішність (одяг, зачіску), вид заняття, місце проживання. Потім по черзі кожний учасник описує свій образ

в майбутньому.

Обговорення: - Які почуття у вас виникали, коли уявляли себе? – чи розумієте ви, що саме треба робити, щоб досягти цього майбутнього? - Чи любите ви себе нового?

Час: 15 хвилин.

Підбиття підсумків.

На останок хочеться нагадати, що такі нездорові способи боротьби зі стресом, як алкоголь чи шкідлива їжа, приносять полегшення, але дуже тимчасове. А ось надалі руйнують здоров'я, що призводить до більшого стресу. Саме тому важливо привчати себе до здоровіших варіантів управління стресом на робочому місці: фізичні вправи, повноцінний сон та будь-які інші заняття, які роблять щасливішими саме вас: читання, зустрічі з друзями, проведення часу з сім'єю тощо.

Обговорення справдження очікувань.

Час: 3 хвилини.

Заключне слово

Отже ми з вами ознайомилися з різними вправами і техніками. Маючи їх в своєму арсеналі і практикуючи ви зможете обрати найкращі саме для вас. Ви зможете контролювати і впливати на свій стан, що при активних військових діях є дуже важливим. Адже тільки здорові люди дійдуть до ПЕРЕМОГИ. Практикуйте та будьте здоровими!

3.2 Перевірка ефективності запропонованого тренінгу

Після проходження тренінгу учасники на протязі двох тижнів намагалися щодня робити фізичні вправи, медитувати та практикувати запропоновані в тренінгу вправи.

Деякі учасники виконували рекомендації дуже сумлінно, деякі іноді не могли дотримуватись нового режиму. Але при опитуванні всі відмітили покращення фізичного і психічного станів.

Для дослідження реальних змін у вираженості психосоматичних проявів та рівню стресу, по закінченню цих двох тижнів ми знову провели анкетування по наступним методикам:

- Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг (Giesener Beschwerdebogen, GBB);
- Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ);
- Шкала психологічного стресу (PSM-25).

Отримані дані були перевірені методом статистичної перевірки t-критерій Стюдента за допомогою онлайн калькулятора.

Нові данні анкетувань були внесені в таблицю. На її основі ми провели аналіз, зіставили дані з початковим анкетуванням та зробили висновки.

Після повторного опитування учасників Групи 1 по Гіссенському опитувальнику дані були оброблені на представлені на рис. 3.1.

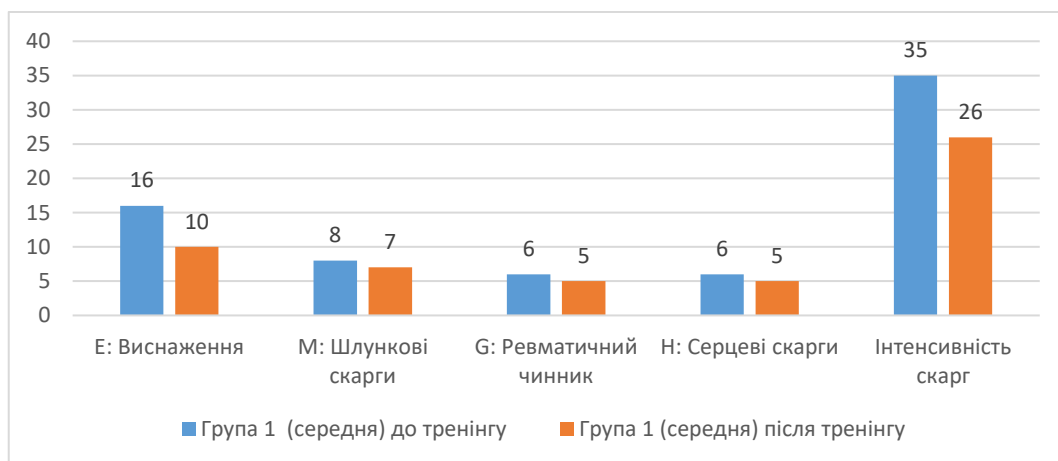


Рис. 3.1 Середня кількість скарг по Гіссенському опитувальнику до та після тренінгу

По всіх шкалах ми бачимо тенденцію до зниження. Процентні ж зміни відображено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Результати Гіссенського опитувальника соматичних скарг середня кількість скарг по шкалам (%)

Е: Виснаження	М: Шлункові скарги	Г: Ревматичний чинник	Н: Серцеві скарги	Інтенсивність скарг
-33	-16	-16	-16	-26

Найвідчутніші зміни відбулися в шкалі виснаження. Кількість скарг по ній зменшилась на третину (-33%). Інші шкали показали зменшення на 16%. І загальна інтенсивність скарг зменшилась на 26%.

Скориставшись онлайн калькулятором для розрахунку t-критерія Стюдента ми підтвердили, що статистично результати двох опитувань відмінні при $p \leq 0,01$. (рис. 3.2)

$t_{\text{емп.}} = -10.81264$
$t_{0.01} = 2.8188$
$t_{0.05} = 2.0739$
Приймається H1:
Відмінності між результатами 1 і 2 груп статистично значущі при $p \leq 0,01$.

Рис. 3.2 t-критерія Стюдента по методиці Гіссенського опитувальника

Результати порівняння показників в % анкетування по методиці Чотирьохвимірної анкети симптомів (4DSQ) до та після тренінгу відображено в таблиці 3.2.

Табл. 3.2

Результатів анкетування по методиці 4DSQ (%)

Шкала	До тренінгу			Після тренінгу		
	Нормальний	Помірно підвищений	Сильно підвищений	Нормальний	Помірно підвищений	Сильно підвищений
Соматизація	22	65	13	27	63	10
Тривога	57	43	0	65	35	0
Дистрес	0	87	13	5	88	7
Депресія	52	48	0	57	43	0

По шкалі депресія нами було зафіксовано зниження на 5%. По шкалі дистрес з'явилися респонденти з нормальним рівнем (+5%) та зменшилась кількість з сильно підвищеним рівнем (-6%). Показники тривоги також знизилися на 8%. Шкала соматизації має помітну тенденцію до зниження -

рівень сильно підвищений зменшився на 3%, а помірно підвищений - на 2%.

Ці зміни були також перевірені через онлайн калькулятор t-критерія Стьюдента. Всі чотири шкали показали відмінності між результатами до та після тренінгу статистично значущі при $p \leq 0,01$.

Останнім ми дослідили рівень стресу по методиці Шкала психологічного стресу (PSM-25). За початкового опитування показники в Групі 1 були досить високі. Після проходження тренінгу та двох експериментальних тижнів показники психологічного стресу у респондентів знизились. Також вони відмітили відчуття спокою та позитивного настрою.

Проаналізовані індивідуальні показники по даній методиці представлені в таблиці 3.3.

Табл. 3.3

Рівень психічної напруги працівників (%)

Рівень психічної напруги	До тренінгу	Після тренінгу	Зміни
Низький	4	30	+26
Середній	74	57	-17
Високий	22	13	-9

Наглядно ці ж дані представлені на рис. 3.3.

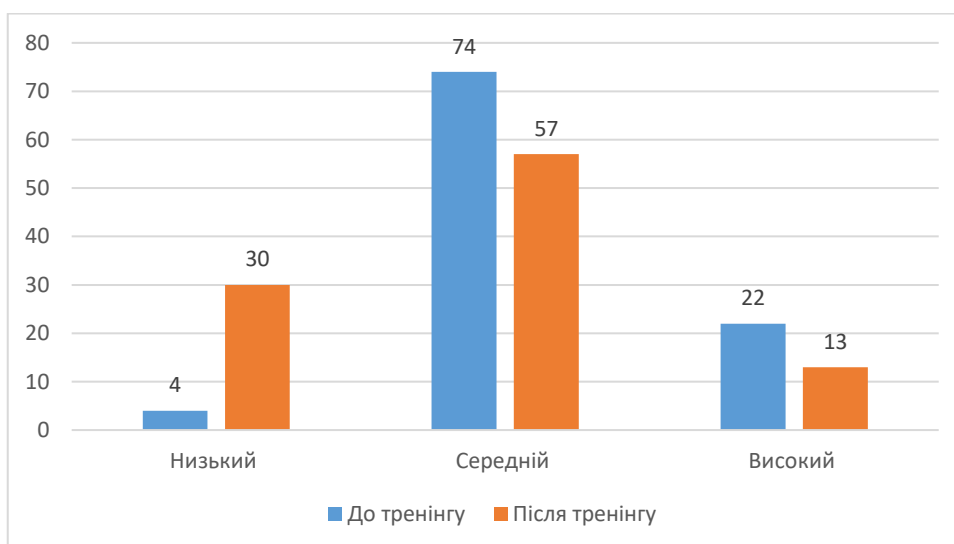


Рис. 3.3 Рівень психічної напруги працівників до та після тренінгу (%)

Що стосується t-критерія Стьюдента, то тут ми отримали наступні дані,

що винно на Рис. 3.4:

$$t_{\text{емп.}} = 8.24303$$

$$t_{0.01} = 2.8188$$

$$t_{0.05} = 2.0739$$

Приймається H1:

Відмінності між результатами 1 і 2 груп статистично значущі при $p \leq 0,01$.

Рис. 3.4 t-критерія Стьюдента по методиці PSM-25

Тобто результати груп являються статистично відмінні при $p \leq 0,01$. А отже є відчутні зміни в стані респондентів до та після проведеного тренінгу.

Висновки до третього розділу

На даному етапі нами було розроблено та проведено тренінг по зниженню психосоматичних проявів у населення.

Розробка тренінгу відбувалася в 3 етапи. На першому ми проаналізували та обрали вправи та техніки, які б допомогли нам знизити рівень стресу у працівників і як наслідок проявів психосоматичних проявів. Їх ми сформували в 3 зустрічі по 2-2,5 години. На другому етапі ми організували проведення цих зустрічей. На останній зустрічі ми запропонували учасникам на протязі наступних двох тижнів ввести в своє повсякденне життя фізичні вправи, медитацію та практикування вправ з тренінгу.

Після закінчення даного терміну ми знову запропонували респондентам пройти анкетування по методикам: Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг (Giesener Beschwerdebogen, GBB); Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ); Шкала психологічного стресу (PSM-25).

Нові дані були оброблені, проаналізовані та співставленні з початковими. По всіх методиках ми побачили тенденцію показників до зниження. По Гіссенському опитувальнику загальна інтенсивність скарг

знизилась на 26%. Тобто кількість психосоматичних проявів у респондентів знизилась на чверть. Більш за все знизились показники виснаження на 33%. Учасники відмічали, що вони перестали так швидко втомлюватися, відчутно знизилась сонливість та покращилась ясність думок.

По методиці 4DSQ також по всіх чотирьох шкалах є позитивна тенденція. Рівень тривоги знизився на 8%, а депресії на 5%.

По Шкала психологічного стресу середні показники знизились на 13%.

Всі ці результати були перевірені за допомогою t-критерія Стьюдента та отримано підтвердження, що дані є статистично відмінні при $p \leq 0,01$.

Отже можемо зробити висновок, що даний тренінг є ефективним. І ми можемо його рекомендувати для використання психологами в сфері професійної діяльності з метою зниження рівня стресу та психосоматичних проявів у співробітників.

ВИСНОВКИ

За даними ВООЗ більше половини пацієнтів лікарень є психосоматичними хворими. Саме ця висока статистика спонукала нас до дослідження теми «Зниження психосоматичних проявів у населення».

Метою нашої кваліфікаційної роботи було теоретично та емпірично вивчити специфіку психосоматичних проявів під впливом тривалого стресу та розробити ефективний тренінг по їх зниженню.

З аналізу наукової літератури ми виявили відсутність єдиного чіткого визначення терміну «психосоматика». Тож ми в роботі розглядали психосоматику як напрям у медицині (психосоматична медицина) та психології, що займається вивченням впливу психологічних (переважно психогенних) факторів на виникнення і подальшу динаміку соматичних (тілесних) захворювань.

Також ми побачили відсутність єдиного підходу до розуміння виникнення та механізмів розвитку психосоматичних розладів. Ми розглянули основні концепції з точки зору різних підходів таких як клініко-емпіричний, класичного психоаналізу, теорії емоційного конфлікту, концепції особистісних профілів, психофізіологічного напрямку, нейрофізіологічний напрям та теорії наслідків стресу.

Розглянули основні три групи психосоматичних розладів: функціональні розлади або неврози, органічні розлади (психоматози) та психосоматичні розлади самодеструктивної поведінки.

На основі останніх досліджень визначили найпоширеніші ендогенні та екзогенні причини виникнення психосоматичних розладів, а саме спадковість, індивідуальні психологічні особливості, вікові зсуви, наявність внутрішнього конфлікту, травмуючий досвід, алекситимія та стрес. Саме він останнім часом виходить на першу позицію з даного списку.

Розглянули різні підходи до вивчення стресу, його стадії розвитку та ступені його впливу на організм. Визначили основні фізіологічні, психологічні та медичні ознаки стресу. Вивчили етапи процесу його виникнення та основні

причини.

Визначили основні методи психотерапії, які активно використовуються в ході комплексного лікування психосоматичних розладів паралельно з фармакотерапією. Побачили доцільність в поєднання різних видів психотерапій. Також встановили велику необхідність в розвитку профілактичних заходів, таких як проведення фізіотерапії та курортотерапії та інформування населення з питань стресу та способам боротьби з його негативними наслідками.

В нашому емпіричному дослідженні ми дослідили психосоматичні прояви та рівень стресу у співробітників ТОВ «Індістаг» м. Київ. В дослідженні взяли участь 50 співробітників: 34 жінки та 16 чоловіків віком від 25 до 55 років.

Ми застосували такі психодіагностичні методики: Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг (Giesener Beschwerdebogen, GBB); Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ); Шкала психологічного стресу (PSM-25); Методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса й Праге; «Стратегії подолання стресових ситуацій (SACS) С.Хобфолла.

На основі результатів по Гіссенському опитувальнику було виділено та сформовано дві групи досліджуваних. Перша група – це співробітники, що мають психосоматичні прояви (23 особи). Друга – співробітники, що не мають таких проявів (27 осіб).

За результатами по методикам 4DSQ та PSM-25 було виявлено суттєве підвищення показників у респондентів першої групи в порівнянні з показниками респондентів другої групи. Більша частина учасників першої групи мали середній і високий рівень по шкалі стрес та тривога. Тоді як в другій групі лише 15% учасників мали середній рівень відповідно.

По методиках Холмса та Хобфолла ми отримали майже протилежні результати по двом групам. Рівень стресостійкості низький та граничний в першій групі та середній і високий – в другій. Так само ефективність копінг стратегій була висока в другій групі і низька в першій.

За допомогою кореляційного аналізу Пірсона було встановлено зв'язок психосоматичних проявів та рівня стресу ($r=0.86$). Можемо зробити висновок, що чим вищий рівень стресу у респондента тим психосоматичні прояви у нього більш виражені.

А ось зв'язок між психосоматичними проявами та стресостійкістю Холмса має середню силу ($r=0.56$). Так само як і зв'язок між рівнем стресу та стресостійкістю ($r=0.46$). Це можна пояснити тим, що є респонденти які не зважаючи на високий тиск стресогенних ситуацій в житті вміють гарно та ефективно з ними справлятися. Також є суб'єктивне відношення до подій та індивідуальна їх оцінка.

При розгляді рівня стресу та ефективністю копінг стратегій. Високий рівень стресу відповідає неефективним асоціальним та пасивним стратегіям.

На основі отриманих даних було розроблено тренінг по зниженню психосоматичних проявів. Програма тренінгу розрахована на 3 зустрічі по 2-2,5 години. Метою тренінгу було розширення знань співробітників про стрес та психосоматичні захворювання; зниження рівня психологічної та фізіологічної напруги і як наслідок зниження рівня психосоматичних проявів. Тренінг проводився для респондентів першої групи.

На тренінгу учасникам були проведені інформаційні міні-лекції на тему психосоматичних проявів та стресу. Продемонстровані вправи та техніки з розслаблення, зниження рівня стресу та формування адаптивних копінг-стратегій. Також були надані рекомендації щодо здорового способу життя та підвищення фізичної активності. Респонденти мали дотримуватись всіх рекомендацій протягом двох тижнів.

По закінченню терміну ми повторно провели анкетування по методикам: Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг (Giesener Beschwerdebogen, GBB); Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ) та Шкала психологічного стресу (PSM-25). Отримані результати були порівняні з початковими. За допомогою t-критерію Стьюдента для залежних вибірок було встановлено значимі відмінності між першим та другим анкетуванням. Аналіз

порівняння інтенсивності психосоматичних скарг та рівня стресу у респондентів до та після проходження тренінга показав статистично значиме зниження показників (на рівні значимості 0,01), що доводить ефективність розробленого тренінгу.

Отже ми можемо рекомендувати тренінг для застосування в професійній діяльності психологів для зниження психосоматичних проявів.

Запропоновані нами рекомендації повинні реалізовуватись на рівні особистості та рівні компанії. Керівництво має прийняти той факт, що психологічне здоров'я співробітників є важливим чинником ефективності організації в цілому. Та створювати всі умови для комфортної роботи та позитивного клімату в колективі.

Результатом кваліфікаційної роботи є досягнення всіх поставлених завдань. В подальшому перспективними напрямками наукових досліджень вважаємо: вивчення залежності психосоматичних проявів та особистісних характеристик, а також залежність психосоматичних проявів та посади респондентів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Кришталь В.В. Психосоматична патологія: генез и підходи к корекції // Міжнар. мед. ж. – 2001. – Т. 7, № 1. – С. 37-40.
2. Хаустова О.О. Психосоматичні розлади в практиці сімейного лікаря // Ліки України. – 2005. – № 9. – С. 15-18.
3. Максименко С. Д. Медична психологія / С. Д. Максименко: – Вінниця, Нова книга, 2013. – 209 с
4. Грофф С. Революція свідомості: : трансатлантичний діалог.: ТОВ «Видавництво АСТ», 2004. 248 с.
5. Розов В. І. Адаптивні антистресові технології : [навч. посіб.]. Київ: Кондор, 2005. 278 с.
6. Сельє Г. Стрес без дістрессу. : Прогресс, 1982. 124 с.
7. Філософія: словник: персоналії, категорії, поняття та терміни. Львів : ЛьвДУВС, 2010. 227 с.
8. Wolff H. G. Stress and Disease. 2nd ed. Springfield, Ill: Charles C Tomas 1968.
9. Fuller J. L., Thompson W. R. Foundations of behavior genetics. St. Louis, Mo: C. V. Mosby, 1978
10. Freud S. The psychopathology of everyday life (A. Tyson, Trans). New York: Norton, 1966.
11. Parsons P. A. Behavior, stress and variability // Behavior Genetics, 1988 Vol 18. P. 293-308.
12. Dahrendorf R. Lebenschancen. Frankfurt G. M.: Suhrkamp. Cited in H. Strasser and S. Randall (1981), An introduction the theories of social change. London: Routledge and Kegan Paul, 1979.
13. Dooley D., Catalano R. The epidemiology of economic stress // American Journal of Community Psychology, 1984, № 2. P. 387-409.
14. Basowitz H., Persky H., Korchin. Sh., Grinker R. Anxiety and Stress: An Interdisciplinary Study of a Life Situation. New York: McGraw-Hill, 1955.

15. Ford D. H. Positive health and living system frameworks // *American Psychologist*, 1990, № 45. P. 980-981.
16. Schwartz G. E. Testing the biopsychological model: The ultimate challenge facing behavioral medicine? // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1982, № 50. P. 1040-1053.
17. Scott R., Howard A. Models of Stress // S. Levine, N. A. Scotch (Eds.). *Social Stress*. Chicago: Aldine, 1970. P. 270-273.
18. Dohrenwend B. P. The Social Psychological Nature of Stress: A Framework for Causal Inquiry // *Journal Abnormal Social Psychology*, 1966. Vol. 62. P. 294-302.
19. Dohrenwend B. S., Dohrenwend B. P. Class and Race as Status-Related Sources of Stress / *Social Stress*. S. Levine and A. Scotch (Eds.). Chicago: Aldine, 1970. P. 111-140.
20. Mechanic D. *Students under Stress*. New York: Free Press, 1962.
21. Mechanic D. *Medical Sociology*. New York: Free Press, 1968.
22. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. — Х.: Прапор, 2007.— 640 с
23. Боришевський М. І. Теоретичні питання самосвідомості особистості. Психологічні особливості самосвідомості підлітка. Київ: Вища школа, 2005. С. 5-38.
24. Shorter E. Hysteria and catatonia as motor disorders in historical context. *Hist. Psychiatry*. V. 17 (68). 2016. P. 461-478.
25. Маруненко І. М., Неведомська Є.О. Біологія людини з основами генетики: посібник. Київ: КМПУ, 2008. 98 с.
26. Татенко В. О. Психологія професіонала / Татенко В. О. // Створення системи забезпечення психологічної надійності персоналу. Організація та проведення психопрофілактичної роботи в органах внутрішніх справ України : [матер. 1-го Всеукраїнського наук.-практ. семінару; за заг. ред. М. І. Ануфрієва]. Київ: КІВС, 2003. С. 22-30.
27. Квінн В. Прикладна психологія / Квінн В.;, 2000. 560 с.

28. Селье Г. Стрес без дістресу: Прогрес, 1982. 124 с
29. Holmes T.H. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967. № 2. p. 213-218.
30. Яцків О. С. Психосоматичні захворювання у працівників міліції: сутність та профілактика: [авт. дис... канд.. психол. н.; спец. 19.00.06 – «Юридична психологія»]. Харків, 2012. 22 с.
31. Соціальна робота : Короткий енциклопедичний словник. — К. : ДЦССМ, 2002. — 536 с.— (Соціальна робота. Книга 4).
32. Lemyre L., Tessier R., Fillion L. Psychological Stress Measurement (PSM): A translation. Quebec, PQ: Universite Laval, 1991.
33. Євсюков О.П., Куфлієвський А.С., Лебедєв Д.В., Миронець С.М., Назаров О.О. , Перелигіна Л.А., Садковий В.П., Склень О.І., Тімченко О.В. , Христенко В.С. , Шевченко І.О.. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. – К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. – 502 с
34. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О.С. Чабана, О.О. Хаустової. — 3-тє видання, виправлене і доповнене. — К.: Видавничий дім Медкнига, 2021. — 200 с.
35. Аршава І.Ф. Емоційна стійкість людини та її діагностика: Монографія. – Д.: Вид во ДНУ, 2006. – 336 с.
36. Богданов С. Психосоціальна підтримка в кризовій ситуації : метод. пособ. для викладачів / С. Богданов, О. Залеська. — К. : Детский фонд ООН 87 (ЮНИСЕФ), Всеукраїнський союз молодіжних суспільних організацій, «Християнська асоціація молодих людей України» (УМСА України), 2015. — 76 с.
37. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості: монографія / В. М. Крайнюк. – К.: Ніка-Центр, 2007. – 432 с
38. Роман К. Д. Механізми формування стресостійкості особистості / К. Д. роман // Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / за ред. С.Д. Максименка. – К., 2004. – Т.6. – вип. 7. – С. 155–162.

39. Овсяннікова Я.О. Соціально-психологічний тренінг як засіб відновлення психологічної стійкості рятувальників МНС України: Автореф. дис. канд. психол.наук. 19.00.09 / НУЦЗУ. – 2010. – 19 с
40. Селье Г. Що таке стрес? // Стрес життя: сб. ст. СПб.: Лейла, 1994. С. 329-333.
41. Розов В.І. Адаптивні антистресові психотехнології / В.І.Розов. – К.: Кондор, 2005. – 278 с. 28
42. Титаренко Т. М. Профілактика порушень адаптації молоді до повсякденних стресів і кризових життєвих ситуацій: навч. посіб. / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології; за наук. ред. Т. М. Титаренко. –К. : Міленіум, 2011. – 272 с.
43. Шаран Ю. В. Психофізіологічні детермінанти стресостійкості особистості / Ю. В. Шаран // Актуальні проблеми психології. Том V: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С.Д. Максименка. – К.: ДП «Інформаційно аналітичне агенство», 2007. – вип. 7. – С. 143–148.
44. Соціально-психологічний супровід навчально-виховного процесу професійно-технічних навчальних закладів (з досвіду роботи психологічної служби ІПНЗ Чернігівської області) : методичний збірник ; упорядник С. В. Поклад. – Чернігів, 2009. – 85 с
45. Лазарус Р. Теорія стресу и психофізіологічні дослідження / Р. Лазарус // Емоційний стрес. – Л.: Лениздат, 1970. – 202 с. — С. 96.
46. Гейник О.В. Проблеми профілактики стресових ситуацій при підготовці учнів до вступу до вищого закладу освіти / О.В.Гейник // Наука і освіта. — 2000. — № 2. — С. 167–168.
47. Джеррольд С., Гринберг Дж. Управління стресом. 7-е видавн. - СПб.:, 2002. - 496 с: ил. - (Серія "Майстри психології").

48. Кокун О.М. Психологія професійного становлення сучасного фахівця: монографія // О.М. Кокун. – К.: ДП «Інформ.-аналіт. агентство, 2012. – 200с.
49. Лазарус Р.С. Індивідуальна чуттєвість та стійкість до психологічного стресу / Р.С.Лазарус // Психосоціальні фактори на роботі та охорона здоров'я. — М.: Медицина. — 1989. — С. 121–126.
50. Осьодло В. І. Особистісні чинники подолання стресових станів в особливих умовах / В. І. Осьодло. // Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2013. – №14. – С. 243–253.
51. Пічурін В. В. Копінг-стратегії студентів і психологічна готовність до професійної праці. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. 2015; 2: 53-59.
52. Сельє Г. Стрес без хвороб / Г.Сельє // Стрес життя. — С.Пб., 1994. — С. 327–381.
53. Спілбергер Ч.Д. Концептуальні і методологічні проблеми дослідження тривоги // Тривога та стрес в спорті. М.: Фізкультура и спорт, 1983. С. 12–24.
54. Конечний Р. М., Боухан М. В. Психологія в медицині - Авшценум.: Медичне видання Прага, 1983
55. Вітенко І. С. Загальна та медична психологія - К. "Здоров'я", 1994.
56. Вітенко І. С., Пискун К. О. Основи загальної і медичної психології- К.: "Вища школа", 1984
57. Блейхер В. М., Крук І. В. Патопсихологічна діагностика - К.: "Здоров'я", 1983.
58. Бурлачук Л. Ф. Дослідження особистості в клінічній психології. - К.: "Медицина". 1979.
59. Корольчук М.С. Психофізіологія діяльності: Підручник для студентів вищих навчальних закладів. – К.: Ельга, Ніка-Центр, 2003. – 400 с.

60. Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматичним хворим / С.Д. Максименко, Н.Ф. Шевченко: навч. посіб. – Київ–Ніжин: Міланік, 2007.– 115с.
- 61.Формування здорового способу життя: проблеми і перспективи / : навч.-метод. посіб. [для студ. вищ. навч. закл.] / [Яременко О., Балакірєва О., Вакуленко О. та ін.] ; за ред. О. Яременко. –К. : Укр. ін-т соціальних досл., 2000. – 108 с.
- 62.Грандт В. В. Професійне здоров'я працівників екстрених служб / В.В.Грандт // Український науковий журнал «Освіта регіону» : політологія, психологія, комунікації. - №5. –2011. – С.115.
- 63.Богучарова О.І. Здоров'я особистості у психологічній перспективі : монографія / О. І. Богучарова. Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка, Ін-т післядиплом. освіти. - К. : КНУ, 2004. - 282 с.