

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного
управління та національної безпеки

Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

БІЛЕНКО АНАСТАСІЯ ВІКТОРІВНА

УДК 159.9:616-022.7

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ РІВНЯ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙ ТА
ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ**

053 Психологія
ОПП «Практична психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня **магістра**.
Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело.

_____ А. В. Біленко

Керівник роботи

Ситняківська Світлана Михайлівна
доктор педагогічних наук,
професор

Науковий консультант

Кулаковський Тарас Юрійович
кандидат психологічних наук,
доцент

Житомир – 2024

Висновок кафедри психології за результатами попереднього захисту:

Біленко Анастасії Вікторівни

Протокол засідання кафедри

№ _____ від «___» _____ 2024 року

Завідувач кафедри психології

кандидат психологічних наук, доцент _____ Литвинчук Алла Іванівна

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти **Біленко Анастасія Вікторівна** захистила кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____

за шкалою ECTS _____

за національною шкалою _____

Секретар ЕК

_____ Голощук Каріна Валеріївна

АНОТАЦІЯ

Біленко А. В. Дослідження взаємозв'язку рівня негативних емоцій та психосоматичних розладів. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 053 - психологія. – Поліський національний університет, Житомир, 2024.

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню взаємозв'язку рівня негативних емоцій та психосоматичних розладів. В роботі розкрито значення поняття психосоматичних розладів та їх взаємозв'язок з негативними емоціями. Розглянуто наявну наукову літературу з проблеми виникнення психосоматичних розладів, здійснено теоретичний аналіз і розкрито зв'язок негативних емоцій та психосоматичних розладів, визначено методи дослідження та проведено емпіричне дослідження взаємозв'язку негативних емоцій та психосоматичних розладів, проаналізовано результати емпіричного дослідження. Вибірку досліджуваних склали 66 осіб віком від 22 до 63 років.

Ключові слова: негативні емоції, якість життя, стрес, психосоматичні розлади, психосоматичні захворювання, психосоматика.

ABSTRACT

Bilenko A. Research on the relationship between the level of negative emotions and psychosomatic disorders. - Qualification work on manuscript rights.

Qualification work for obtaining a master's degree in specialty 053 - psychology. – Polissia National University, Zhytomyr, 2024.

The qualification work is dedicated to the study of the relationship between the level of negative emotions and psychosomatic disorders. The work reveals the meaning of the concept of psychosomatic disorders and their relationship with negative emotions. The available scientific literature on the problem of the occurrence of psychosomatic disorders was reviewed, a theoretical analysis was carried out and the relationship between negative emotions and psychosomatic disorders was revealed, research methods were determined and an empirical study of the relationship between negative emotions and psychosomatic disorders was conducted and the results of the empirical study were analyzed. The sample of subjects consisted of 66 people aged from 22 to 63 years.

Key words: negative emotions, quality of life, stress, psychosomatic disorders, psychosomatic diseases, psychosomatics.

ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ...	10
1.1. Визначення поняття психосоматичних розладів.....	10
1.2. Теоретичні основи дослідження факторів виникнення психосоматичних розладів.....	14
1.3. Теоретичні основи дослідження взаємозв'язку негативних емоцій та психосоматичних розладів.....	18
Висновки до розділу 1.....	22
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ	23
2.1. Методи аналізу емоційних станів у психологічних дослідженнях.....	23
2.2. Методи та організація дослідження взаємозв'язку негативних емоційних станів та психосоматичних розладів.....	26
Висновки до розділу 2.....	29
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ.....	30
3.1. Організація і проведення дослідження.....	30
3.2. Обробка результатів емпіричного дослідження, їх інтерпретація.....	33
3.2.1. Результати анкетування.....	33
3.2.2. Аналіз та інтерпретація відповідей на запитання з авторського опитувальника.....	36
3.2.3. Аналіз відповідей на запитання з опитувальника «Шкала оцінки якості життя», Чабан О. С.	50

3.2.4. Аналіз відповідей на запитання з опитувальника «Гіссенський опитувальник соматичних скарг».....	52
3.2.5. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	55
3.2.6. Рекомендації для профілактики та реабілітації психосоматичних розладів	57
Висновки до розділу 3.....	59
ВИСНОВКИ.....	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	64
ДОДАТКИ.....	70

ВСТУП

Актуальність дослідження. З часів Гіппократа та Арістотеля був помічений і вивчається досі зв'язок між душею (Ψυχή - грец.) і тілом (σῶμα - Ψυχή). «Важливіше знати, яка людина хвора, ніж знати, на що хвора людина» - цитата Гіппократа. В Стародавній Індії лікарі вважали, що негативна емоція передуює всякій хворобі. Взаємозв'язок між відчуттями, збереженістю мозку та нервів доводив Клавдій Гален, грецький лікар, хірург, філософ римської доби (Вітенко І. С., Дутка Л. М., Зименковська Л. Я.).

Нам відомі фразеологізми, які вказують на зв'язок емоцій з тілесними реакціями: «аж голова загула», «клубок до горла підкотив», «серце в п'яти пішло», «сидить в печінках», «дух перехопило», «від страху в піт кинуло» тощо. Внаслідок тривалих спостережень лікарів і науковців виник відомий кожному вислів «всі хвороби від нервів».

З початком індустріалізації, яка розпочалась в ХХ ст., побут людини став зручнішим, покращились умови її життя і праці. Ритм життя сучасної людини – шалений, т.я. технологічні зміни сягнули безпрецедентного розмаху.

Наші предки жили «з тіла» та більш розмірено, ближче до природи, мали гарно розвинуту інтуїцію. Сучасна людина веде інтенсивне та напружене життя, часто стресує. Мало хто відчуває знаки і потреби свого тіла, через те, що живуть «з голови», яка щодня отримує терабайти інформації.

З 2020 року стресу українцям додають обмеження і втрати через пандемію та повномасштабну війну. Агресивна російсько-українська війна, яка нищить міста і села, природу, людей і тварин, щодня погіршує соціальне та економічне становище, викликає відчай, тривогу та інші негативні емоції у наших співгромадян. Ці чинники у сукупності впливають на психічне та соматичне здоров'я українців.

Психоемоційне навантаження і тривалі стреси вимагають дослідження зв'язку негативних емоцій та здоров'я людини з метою його укріплення та покращення.

Мета дослідження. Теоретично обґрунтувати, емпірично дослідити та описати зв'язок негативних емоцій та психосоматичних розладів.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наявну наукову літературу з проблеми виникнення психосоматичних розладів.
2. Здійснити теоретичний аналіз та розкрити зв'язок негативних емоцій і психосоматичних розладів.
3. Визначити методи дослідження та проаналізувати сучасні підходи у вивченні взаємозв'язку негативних емоцій та психосоматичних розладів.
4. Провести емпіричне дослідження взаємозв'язку негативних емоцій та психосоматичних розладів.

Об'єкт дослідження – психоемоційна сфера особистості.

Предмет дослідження – зв'язок негативних емоцій та психосоматичних розладів.

Гіпотеза дослідження. Вищий рівень негативних емоцій статистично значущо пов'язаний із вищою частотою та інтенсивністю психосоматичних розладів.

Теоретико-методологічна основа дослідження: психодинамічна (конверсійна) концепція психосоматичних розладів З. Фрейда, теорія психосоматичної специфічності конфліктів Ф. Александера, концепція алекситимії Сіфнеоса (“pensee operateure”), теорія «десоматизації і ресоматизації» М. Шура, теорія позитивної психотерапії в психосоматичній медицині Н. Пезешкіана, концепція специфіки особистості або особистісних профілів Ф. Данбар, плюралістична модель патологічних чинників Т. Юкськюля, теорія особистості В. Райха, еволюційна теорія походження емоцій Ч. Дарвіна, теорія базових емоцій П. Екмана, теорія диференціальних емоцій К. Ізарда, теорія емоцій Джеймса-Ланге, опитувальники: «Шкала оцінки якості життя» Чабан О. С. та «Гіссенський (Гісенівський) опитувальник соматичних скарг» Є. Брюхлер, Дж. Снер, авторський опитувальник для визначення схильності респондентів до виникнення психосоматичних

розладів, U-критерій Манна-Уїтні, критерій Краскела-Уолліса (H-критерій).

Методи дослідження: Для виконання завдання було використано сукупність методів:

- теоретико-методологічний аналіз, систематизацію і узагальнення наукової літератури та результатів емпіричного дослідження;
- психодіагностичні методи: анкетування та опитування респондентів;
- статистичні методи: U-критерій Манна-Уїтні, критерій Краскела-Уолліса (H-критерій).

Емпірична база дослідження. Дослідження проводилось з 29 травня 2024 р. по 19 червня 2024 р. серед працівників ТОВ «БІОРЕСУРС» та добровольців, які пройшли опитування через Google-форму. До вибірки ввійшли респонденти різної статі, віку, місця проживання, освіти, сфер діяльності, з відсутністю чи наявністю діагностованих хвороб тощо. Загальна вибірка склала 66 осіб.

Теоретична новизна та практична значущість: в роботі оглянуто, систематизовано та проаналізовано проблематику взаємозв'язку негативних емоцій і психосоматичних розладів. Результати роботи можуть бути використані для проведення розширеного дослідження з метою покращення фізичного здоров'я людини.

Апробація та публікації результатів дослідження: ключові висновки і результати теоретичного дослідження були опубліковані у колективній монографії «THEORETICAL AND APPLIED FOUNDATIONS OF INNOVATION IN MODERN SCIENCE» (№ 02-2024/1) та результати емпіричного дослідження представлені на XL Міжнародній науково-практичній конференції «Mechanisms of Development of the Scientific and Technical Potential of Modern Society» (Зальцбург, Австрія; 25-27 вересня 2024 року).

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 43 найменування

(з них 3 - іноземною мовою) та 7 додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи складає 86 сторінок. Робота містить 21 таблицю, 20 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

1.1. Визначення поняття психосоматичних розладів

Давньогрецький учений Сократ (469 р. до н. е. - 399 р. до н. е.) засвідчив, що очі слід лікувати разом з головою, голову - з тілом, а тіло - з душею.

Термін «психосоматика» був введений в XIX ст., а саме в 1818 р. німецьким лікарем, психіатром та педагогом Йоганном Крістіаном Августом Гайнротом (Вітенко І. С., Дутка Л. М., Зименковська Л. Я., Коломоець М. Ю., Червинська О. М. та ін.).

Зигмунд Фройд в XIX ст. описав виникнення соматичних порушень при неврозі внаслідок сильного емоційного збудження. В середині XX ст. Франц Александер, один з основоположників тілесно-орієнтованої психотерапії, в своїх працях довів: тривалі негативні емоції, які шаблонно повторюються, не задовольняються лише психологічними проявами - вони доводять до розвитку своєрідних тілесних розладів. Такі розлади позначаються в системах організму, з якими негативні емоції близькі. Наприклад, почуття гніву викликає формування серцево-судинних розладів, почуття залежності – захворювання травної системи [21, с. 140].

Луїза Хей, популярна американська дослідниця, розробила єдину таблицю психологічних розладів та проблем, які викликали ці захворювання. [21, с. 140].

Спершу психосоматику досліджували як «психосоматичну медицину».

Психосоматична медицина ідейно розглядає людину не як біологічне тіло, а як неподільну особистість, у якої є своя доля та актуальна життєва ситуація. В той час як класична лабораторна або природнича медицина вивчає

та лікує фактичні патологічні процеси, психосоматика зосереджена на фізичному або соматичному та психосоціальному бутті людини. [8, с. 35].

Психосоматика досліджує взаємозв'язки: залежність діяльності внутрішніх органів від діяльності психіки і вплив психічної діяльності на діяльність внутрішніх органів [4, с. 179]. Нині психосоматика є широковідомим напрямом на грані психології та медицини, який вивчає і пояснює, як емоційні почування, стреси та психологічні проблеми впливають на фізичний стан людини.

За даними ВООЗ, серед пацієнтів, що відвідують сімейного лікаря, від 38% до 42% хворих належить до групи психосоматичних [31, с. 9]. ВООЗ, а саме його комітет експертів з психосоматики, інформує, що не менше 50% ліжок стаціонару у світі займають пацієнти з психосоматичними відхиленнями [15, с. 80; 30, с. 62].

Психосоматичні розлади є недугами тіла. Їх причину слід шукати в сприйнятті світу людиною, її ставленні до подій, до себе, до інших – тобто в її душі [8, с. 34].

Губенко І. Я., Карнацька О. С., Шевченко О. Т. зазначають, що психосоматичними є захворювання, основною причиною яких є не фізіологічні, а розумові процеси. Якщо розлад викликаний стресом, гнівом, тривогою, депресією, почуттям провини та медичне обстеження не виявляє органічну або фізичну причину його виникнення - його можна класифікувати як психосоматичний [7, с. 250].

Середа І. В. вважає, що це вторинні органічні та функціональні розлади внутрішніх органів та систем, які виникають і загострюються першочергово через психогенні фактори такі, як: конфлікти, емоційні стреси, кризові стани [32, с. 4].

Захворювання, які виникли внаслідок дії певних «психічних та емоційних» факторів «внутрішніх органів» і «систем організму» в медицині широко відомі як «психосоматичні захворювання». Їх називають «хворобами від нервів» [27, с. 397].

Наугольник Л. Б. трактує психосоматичні захворювання як хвороби, ключова роль у розвитку яких належить психологічним чинникам, в т.ч. психологічному стресу [21, с. 140].

Психосоматична медицина в Україні як науковий напрямок почала стрімко розвиватись з початку 90-х років XX століття. Переважно це стосується науковців і лікарів, що працюють в галузі психології, психіатрії і невропатології. Вони розглядали порушення систем організму та/чи функцій внутрішніх органів, обумовлених психогенно чи переважно психогенно, як психосоматичні розлади. За класикою до психосоматичних захворювань прираховують кардіалгії, ішемічну хворобу серця (якщо коронарні судини незмінені), артеріальну гіпотензію і гіпертензію, синдром подразнення товстого кишечника та ін., а також ряд захворювань, якщо вони виникли внаслідок дії психогенних чинників: розлади серцевого ритму, ревматизм, задишку, дизурію. [6, с. 6].

Класифікація психосоматичних розладів за Середою І. В. зображена на рис. 1.1.

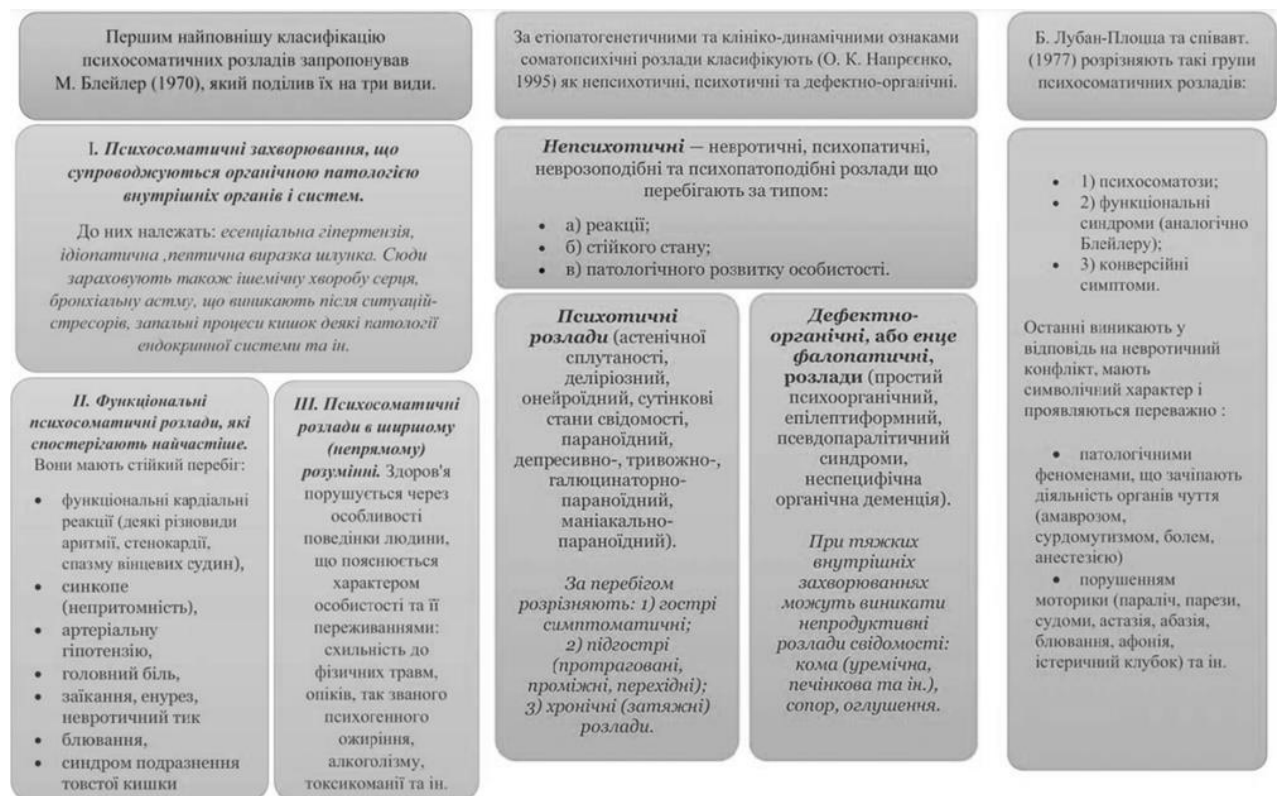


Рис. 1.1. Класифікація психосоматичних розладів [32, с. 141].

Тобто, розрізняють такі види психосоматичних розладів:

1. За Бойлером М.:

- з органічною патологією внутрішніх органів і систем;
- функціональні (спостерігаються найчастіше, мають стійкий перебіг);
- в широкому (непрямому) розумінні, які виникають через поведінку та характер людини.

2. За Напрієнком О. К.:

- непсихотичні;
- психотичні;
- дефектно-органічні або енцефалопатичні розлади.

3. За Лубан-Площею Б.:

- психосоматики;
- функціональні синдроми (аналогічно Бойлеру М.);
- конверсійні синдроми.

Червинська О. М., повідомляє, що до психосоматичних захворювань відносять:

1. Конверсійні симптоми. Їх демонстрація може розглядатися як спроба виходу з конфлікту, мають символічну природу. Конверсійні симптоми більшою мірою торкаються органів чуття та довільної моторики. До них відносять: блювоту, больові феномени, істеричні паралічі, парестезії, психогенну сліпоту та глухоту.

2. Функціональні синдроми (або неврози за Ф. Александером). Зчаста у хворих з такими симптомами відсутні органічні зміни та спостерігаються лише функціональні розлади окремих органів чи систем.

3. Психосоматози. Їх розглядають як психосоматичні розлади у більш вузькому значенні. За основу взято первинну реакцію тіла на суперечне переживання, яке пов'язане з патологічними порушеннями в органах та зі змінами форми або будови організму. На вибір органу може впливати певна схильність. З 1968 р. виділяли «сімку» (“holy seven”) захворювань за

Ф. Александером: бронхіальну астму, виразковий коліт, есенціальну гіпертонію, нейродерміт, ревматоїдний артрит, виразку дванадцятипалої кишки та гіпертиреозний синдром. Згодом цей перелік розширився - до психосоматичних захворювань прираховують туберкульоз, інфекційні, онкологічні та інші розлади. Враховуючи, що емоційні чинники через нервові і гуморальні шляхи діють на будь-які соматичні процеси - теоретично всі захворювання відносяться до психосоматичних. [19, с. 67-68; 38, с. 70-71].

На думку Перетятко Л. Г. та Тесленко М. М., виділяють ще одну велику групу психосоматичних розладів, пов'язаних з особливостями особистості та її переживань, що викликають саморуйнівну поведінку особистості, яка призводить до порушення здоров'я. Наприклад, куріння, наркоманія, алкоголізм, переїдання з ожирінням і ін. [25, с. 142].

1.2. Теоретичні основи дослідження факторів виникнення психосоматичних розладів

В рамках дослідження психосоматики вивчаються взаємозв'язки соматичних розладів та характеристик особистості, таких як особливості характеру та індивіда, особливості поведінки, фізіологічні особливості, різновиди емоційних протиріч. В т.ч. в альтернативній медицині є широко розповсюдженою точка зору, що у людини будь-які захворювання виникають через психологічні дисбаланси та розлади, що з'являються в її душі, підсвідомості чи думках. [32, с. 12].

Є в науковій літературі і більш широкий погляд, який тлумачить надзвичайно глибокі колізії духу і тіла людини втратою нею смислу свого життя. Тоді це стає головною причиною життєвих потрясінь людини, тому що нерідко призводить до наркоманії, алкоголізму, самогубств. Руйнуванням життєвих орієнтирів супроводжуються невротичні стани людини [20, с. 70].

На думку Коломоєць М. Ю. [12, с. 141] варто розглядати виникнення психосоматичних захворювань з точки зору психосоматичної парадигми, в

етіології яких ключова роль належить трьом групам чинників:

1. Спадково-конституційні чинники (вплив конституційно-типологічних особливостей центральної нервової системи та особистісно-акцентуаційних особливостей).

2. Психоемоційні (психогенні) – гострі або хронічні зовнішні впливи, які відіграють роль психогенії (опосередковані через психічну сферу та мають і когнітивне, і емоційне значення).

3. Органічні – різноманітні передхворобливі органічні зміни (наприклад, гіпоксичну, інфекційну, травматичну, токсичну тощо) в клітинних функціях мозку на рівнях вищих психічних процесів, насамперед лімбічної системи.» [12, с. 141].

На думку Наугольника К. М., є кілька гіпотез, які пояснюють виникнення психосоматичних захворювань (рис. 1.2.).



Рисунок 1.2. Гіпотези, що описують виникнення психосоматичних захворювань [21, с. 141].

«Психопатологія визначає основні причини формування та прояву психосоматичних розладів та об'єднує їх у три основних групи:

- спадкові;
- психосоціальні;
- церебрально-органічні.» [2, с. 23].

Психосоматичні розлади формуються за декількома моделями (Середа І. В.):

- психофізіологічна,
- психодинамічна (або конверсійна),
- системно-теоретична,
- соціопсихосоматична.

Найпопулярніші теорії виникнення психосоматичних розладів:

1. Психодинамічна або конверсійна концепція психосоматичних розладів була висунута З. Фройдом у 1885 р. Він вважав, що динаміка несвідомих сил – енергія (лібідо) та афект (катексис), що обмежені у зовнішньому прояві соціальними нормами, підтримують психопатологічні симптоми. Як приклад, він розглянув істеричні симптоми, які виникають в результаті проживання внутрішньо-психічного конфлікту. Цей конфлікт, як правило, виникає з бажання, яке починається у едипальній фазі розвитку лібідо. Усвідомлення такого конфлікту емоційно придушується людиною. Енергетична напруга, яку викликає афект, перетворюється на хворобливий симптом, відбувається конверсія, тобто – сходження або перехід з одного стану в інший (Коломоєць М. Ю., Марута Н. О., Середа І. В.).

2. Теорія психосоматичної специфічності конфліктів Ф. Александера, яка розроблена у 40-х роках ХХ ст. Ця теорія вважається однією з найкраще розроблених та найбільше завершених.

Основні положення теорії (Марута Н. О., Середа І. В.):

- несвідомий конфлікт є фундаментом для кожного неврозу чи психосоматичного захворювання;
- несвідомий конфлікт активізується, коли стикаються дві потреби або потреба та її заборона;
- емоційна напруга, яка супроводжує внутрішньоособистісний конфлікт, спричиняє соматичні зміни, які призводять до розвитку хвороби.

3. На базі ідеї психосоматичної специфічності Ф. Александера паризька психосоматична школа розвинула **концепцію алекситимії** або “*pensee*

opereatoire». Сіфнеос ввів термін «алекситимія» (нездатність сприйняти чи виразити свої почуття або дослівно «без слів для почуттів»).

Особистість з діагнозом «алекситимія» має не достатньо розвинену уяву, не здатна визначити та описати, що відчуває. Вона не може розрізнити тілесне відчуття від свого почуття та фокусує увагу на відчуттях у тілі. В результаті - відчуває сильне психофізіологічне напруження, яке призводить до соматичних порушень.

Розрізняють також вторинну алекситемію, яка може виникати внаслідок захисту від емоційного стресу та розвиватися при відсутності біохімічного дефіциту (психофізіологічних механізмів), який відповідає за функції уяви («дефіцитарна алекситимія»). Інколи діагноз «алекситимія» може виявитися культурною або ж субкультурною характеристикою.

Є спеціально розроблений опитувальник, за допомогою якого вимірюється рівень алекситимії - Торонтська Алекситимічна Шкала [32, с. 21-22; 15, с. 90].

4. Теорія «десоматизації і ресоматизації», яку запропонував М. Шур, пояснює виникнення психосоматичних симптомів, як наслідок порушеної підсвідомої реакції на конфлікти «ресоматизацією» або поверненням («фізіологічною регресією») до примітивних соматовегетативних реакцій, які спостерігались у дитячому віці [5, с. 133].

5. Теорія позитивної психотерапії в психосоматичній медицині Н. Пезешкіана. Основа концепції - точка зору, що абсолютно кожна людина володіє двома опорними здатностями: до пізнання (когнітивність) та до любові (емоційність) і чотирма способами осмислення конфліктів: тіло-відчуття, фантазія-майбутнє, діяльність і контакти, що формують чотири реакції «втечі» (в хворобу – соматизація, в роботу – раціоналізація, в фантазію – заперечення, в спілкування або самотність – ідеалізація або знецінення) [12, с. 142].

6. Концепція специфіки особистості або особистісних профілів Ф. Данбар, яка обґрунтувала зв'язок певних типів емоційних реакцій та

соматичних захворювань в 1943 р. за допомогою інтерв'ю та спостережень. Наприклад, особи, які орієнтовані на успіх, витривалі, йдуть до поставленої цілі або особи імпульсивні, які погано володіють собою, схильні до нещасних випадків та травм – типові хворі на ішемічну хворобу серця [15, с. 91].

7. Плюралістична модель патологічних чинників Т. Юкськюля близька до моделі багато причинної обумовленості Ф. Александера. Психосоматика базується на ідеї, що розлад розвивається не через одну або кілька причин, а внаслідок сукупності різноманітних факторів, серед яких ключове значення відводиться психологічним чинникам. Відомий дослідник Ф. Александер підкреслював, що в цій «мультикаузальній обумовленості» основну роль відіграє тип початкового психоемоційного конфлікту, або так званий «ядерний психодинамічний фактор», який часто є віддаленим у часі від моменту прояву самого розладу [8, с. 35].

8. Теорія особистості В. Райха полягає в тому, що працюючи не тільки з психологічним матеріалом, а і з тілом пацієнта можна звільнити блоковані м'язовим панцирем емоції. В. Райх зробив унікальний внесок в психологію, проголосивши ідею єдності тіла і духу [3, с. 69].

1.3. Теоретичні основи дослідження взаємозв'язку негативних емоцій та психосоматичних розладів

«Емоції (від лат. «emovere» – збуджую, хвилюю) – особливі психічні процеси, чуттєва реакція, яка відображає особисту значущість, оцінку зовнішніх і внутрішніх ситуацій життєдіяльності. Емоції – особливий клас психічних станів, це специфічне переживання людиною свого ставлення до якогось об'єкта або події» [40, с. 161].

Емоції діляться на позитивні (вдячність, довіра, задоволення, любов, полегшення, повага, радість, симпатія тощо) і негативні (горе, злість, зневага, невдоволення, недовіра, ненависть, розгубленість, розпач, презирство, сором, тривога тощо) [1, с. 200].

Емоції впливають на весь організм, об'єднують в єдине ціле всі його функції. Вони є абсолютним сигналом корисної чи шкідливої дії на організм у відповідь на його реакції. З точки зору фізіології, черезмірне нервеве збудження призводить до виникнення нефункціональної та неорганізованої нервової імпульсації, яка проявляється в вигляді безпідставної тривоги і симптомів порушення сну [33, с. 30].

Партико Т. Б. вважає, що дослідження зв'язків між емоціями та органічними процесами, емоційними й когнітивними функціями, а також глибинними рівнями психіки та ін. – це напрями для формування концепції емоційно-почуттєвої сфери особистості [24, с. 317].

Будь-яка теорія дає можливість зрозуміти деякі сфери психофізіологічних механізмів функціонування емоційно-потребової сфери людини та виводить на перший план проблеми. Наприклад, теорія Дарвіна - про адаптацію до середовища, теорія Екмана, таламічна і активаційна теорії – про мозкове забезпечення та фізіологічні показники емоційних переживань, теорія Джемса-Ланге - про вегетативні та гомеостатичні компоненти емоцій, теорія диференціальних емоцій – про специфіку базових емоцій [30, с. 21].

Розглянемо деякі теорії та концепції в області дослідження емоцій більш детально:

1. Еволюційну теорію походження емоцій Ч. Дарвіна було опубліковано в його книзі «Вираз емоцій у людини і тварин» (1872 р.). Ч. Дарвін застосовує принцип еволюції в дослідженні психологічного становлення організмів і доводить наявність подібних закономірностей між поведінкою тварини та людини. В основі його теорії лежить схожість у прояві емоцій через міміку, жести та рухи тіла у антропоїдів і сліпонароджених дітей. Згідно даної теорії, емоції, як життєво важливі механізми пристосування, з'явилися у процесі еволюції живих істот та сприяли адаптації організму до ситуацій та умов його життя [14, с. 60]. Емоції бувають корисними, або є залишками тих реакцій, які вироблялись в процесі еволюції та боротьби за виживання [24, с. 317]. «Страх, наприклад, надавав їм додаткову енергію (для

порятунку втечею від джерела небезпеки). Емоції викликали і тілесні зміни, що відповідали змінам у навколишньому середовищі.» [18, с. 171].

2. Теорія базових емоцій ґрунтується на класичному погляді Ч. Дарвіна: будь-яка емоція виражається на обличчі за допомогою певних рухів м'язів. Наприклад, щастя, найчастіше, виражається посмішкою, а злість, як правило, насупленими бровами. Такі рухи вважають частиною «відбитків» емоцій, які їм відповідають.

В 60-х роках ХХ ст. психолог Сільван С. Томкінс, Керрол Е. Ізард і Пол Екман вирішили перевірити цю теорію. Ними було зроблено шість постановочних фотографій, які були «відбитками» базових емоцій: гніву, страху, відрази, подиву, радості і смутку, як на рис. 1.3.

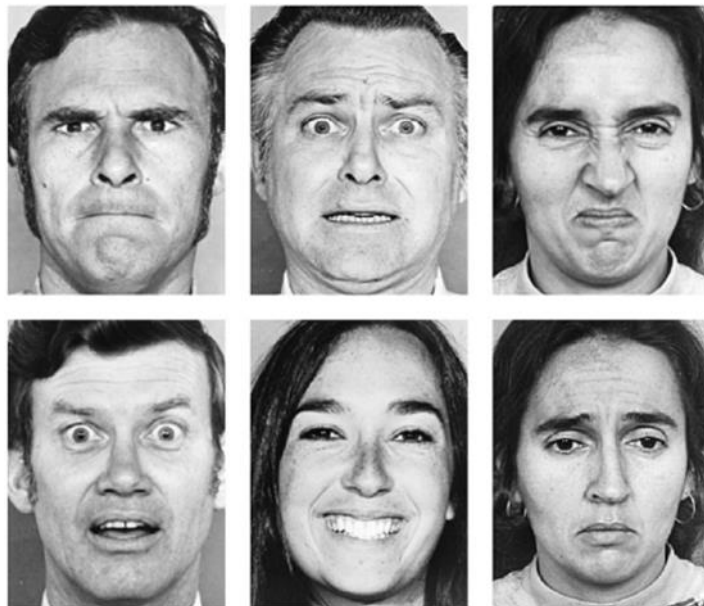


Рис. 1.3. Фото з дослідження за методом базових емоцій [35, с. 27].

Команда дослідників застосувала експериментальну техніку щоб вивчити, наскільки успішно люди розрізняють та сприймають як прояви емоцій «відбитки» обличчя. Даний метод був використаний в сотнях опублікованих експериментів та вважається золотим стандартом досліджень по наш час.

За допомогою даного методу вчені показали: люди в будь-якому куточку світу послідовно обирають ті самі назви (перекладені на їхню мову) емоцій для облич на фотографіях. Чи то у Папуа-Новій Гвінеї, чи то у Кореї

або в Японії – всюди учасники дослідження коректно обирали назви емоцій, описаних ситуацій по зображенням. Вчені дійшли висновку: розпізнавання емоцій – універсальне, воно не залежить від місця, де людина народилась і виросла [35, с. 26-29].

3. «Теорія диференціальних емоцій К. Ізарда» (1971) стверджує, що емоції виникають у відповідь на конкретні ментальні образи, такі як символи, поняття чи думки. Можна сказати, що виникає зв'язок між відчуттями та думками або про ефектно-когнітивний комплекс. У дорослих емоції часто співвідносяться з ментальними образами, тому варто підкреслити, що регулярне виникнення визначеної емоції у відповідь на визначений образ сприяє формуванню емоційно-пізнавальної структури. Такі структури можуть поєднувати драйв із когнітивними процесами або включати комбінацію драйву, емоцій і мислення. Вони можуть проявитися у формі цінностей, цілей чи ідеалів, а їх сукупність здатна стати основою світогляду. Сила мотивації афектно-когнітивних структур зумовлена їхньою афективною складовою — драйвом, емоцією або їх поєднанням. Емоції є складним феномен, що активує мислиннєві, моторні та нейронні, забезпечуючи взаємодію психічного й тілесного аспектів та залучаючи всі рівні індивідуума [14, с. 61-62].

За теорією К. Ізарда десять базових емоцій лежать в основі системи стимулів та потреб людини: вина, відраза, гнів, збентеження або сором, інтерес, подив, презирство, радість, страх, сум. Кожна людина по-різному переживає ці базові емоції, вони чинять різний вплив на людську поведінку та пізнавальну сферу індивіда. Кожна ключова емоція має свої унікальні мотиваційні функції та характеризується особливою формою переживання. Процеси емоційного реагування взаємодіють із базовими потребами, гомеостатичними механізмами, сприйняттям, мисленням і руховою активністю, впливаючи на їхній перебіг. У свою чергу, потреби, гомеостатичні механізми, сенсорні, когнітивні та моторні процеси також впливають на динаміку емоційної активності. [9, с. 272-273].

4. Теорія емоцій Джеймса-Ланге. Для конкретних емоцій

застосовуються відповідні тілесні реакції, які називають органічними проявами емоцій. Спершу, через зовнішній вплив, виникає відчуття в тілі, яке викликає відповідну емоцію та емоційний стан. Це означає, що людина плаче через сум, а не відчуває сум через те, що плаче [24, с. 317].

Емоції та їх вплив на фізіологічний стан людини досліджуються здавна філософами, біологами, медиками, психологами, науковцями. Отож і теорії вивчення емоцій, зокрема негативних, та дослідження виникнення психосоматичних хвороб переплітаються.

Як ми вже розглянули вище, З. Фройд досліджував вплив емоцій на соматичне здоров'я особистості та вважав, що у людини, яка не може витримати своїх негативних емоцій виникає їх заміщення органічним симптомом, порушується робота якогось органу (концепція «конверсійної істерії»).

Ф. Александер, ґрунтуючись на дослідженнях З. Фрейда, вважав, що порушення вегетативних функцій пов'язане з емоційним станом в конкретних конфліктних ситуаціях («теорія специфічності»).

Також свої теорії щодо впливу емоцій на соматичне здоров'я висували такі видатні теоретики і практики психології як Г. Сельє (класична теорія стресу), О. А. Шатенштейн (не задовільнений у поведінці та витіснений мотив, який не вдається задовольнити в поведінці, викликає хронічний дискомфорт, який спричиняє розвиток захворювання), А. Менегетті (будь-який психосоматичний розлад вимагає корекції поведінки) та ін. [8, с. 36-38].

Висновки до розділу 1

У процесі аналізу наявної літератури було розкрито поняття психосоматичних захворювань, вивчено дослідження чинників впливу на виникнення психосоматичних захворювань та впливу негативних емоцій на виникнення психосоматичних захворювань.

Узагальнення:

1. Психосоматичні розлади – захворювання, які виникають у людини в процесі її життєдіяльності під впливом генетичних факторів, світосприйняття особистості, її реакцій на зовнішні обставини та поведінки.

2. Негативні емоції діють на весь організм людини і можуть спричиняти розвиток психосоматичних захворювань.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

2.1. Методи аналізу емоційних станів у психологічних дослідженнях

Психологічні дослідження мають на меті оптимізацію психічного стану людини. Дослідження психічних станів у психологічній практиці, як правило, здійснюється на основі оцінки рівня переживань людини, стану її психофізіологічних якостей та її активності [38, с. 197].

Обираючи комплекс методик для дослідження, необхідно врахувати наступне:

1. Використовувані методики мають бути достатньо простими.
2. Мають швидко проводитись.
3. Досліджуване явище має бути повністю досліджене.
4. Використовувані методики мають взаємно доповнюватись.
5. Сумарна валідність має бути високою.
6. Чутливість до зміни явищ, що спостерігаються як у здорових, так і у хворих, чутливість до зміни показників протягом лікування має бути достатньою [10, с. 44].

У діагностиці емоційних станів найчастіше використовують короткі тестові процедури, де необхідно описати та кількісно оцінити зрушення в досліджуваних психологічних процесах [38, с. 197].

Популярними методиками є:

1. **Особистісний опитувальник екстраверсії–нейротизму** (автор **Г. Ю. Айзенк**) [16, с. 34].

Його використовують для вимірювання рівнів екстраверсії – інтроверсії та нейротизму.

Екстраверсія–інтроверсія. Г. Ю. Айзенк пов'язує ці дві групи рис особистості, які відображають фокус її уваги на зовнішніх чи внутрішніх

аспектах. Класичний екстраверт – особа, яка відкрита до спілкування та є певною мірою емоційно чутливою. Класичний інтроверт – особа, що зосереджена на своєму внутрішньому світі, відкрита тільки для близьких людей, емоційно стримана, сором'язлива у великій компанії, проте в тісному колі може виступати лідером. У екстравертів показна товариськість може маскувати глибоке відчуття самотності, невпевненості в собі та сором'язливості. [16, с. 34].

За шкалою координатних осей («інтроверсія – екстраверсія», «стабільність – нейротизм»), що наведена на рис. 2.1, яку пропонує Айзенк Г. Ю., можна описати свої особистісні риси:



Рис. 2.1. Шкала координатних осей Айзенка Г. Ю. [41, с. 47].

Особистісний опитувальник, інструкція, бланк відповідей для заповнення опитувальника та бланк-ключ наведені у Додатку А.

2. «Методика самооцінки емоційних станів» (А. Уессманн, Д. Рікс).

Використовується для оцінки емоційного стану людини та її уміння швидко відновлювати емоційні ресурси і наведена у Додатку Б [16, с. 21-23].

3. Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера, адаптована Ю. Л. Ханіним.

Дана методика є надійним та інформативним інструментом для оцінювання рівня тривожності (як стійкої риси особистості, так і як її характерного стану у будь-яку визначену мить.

Особистісна тривожність вказує на схильність людини до появи стану тривожності різного ступеня у зв'язку зі сприйняттям достатньо широкого кола ситуацій як загрозливих.

Особистісна тривожність, як реактивна диспозиція, включається при певних «небезпечних» ситуаціях (наприклад, оцінка компетентності чи ситуація погрози самооцінці, престижу індивіда тощо).

Реактивна тривожність супроводжується активацією вегетативної нервової системи. Їй характерні емоції напруги, занепокоєння тощо. Емоційна реакція на напружений момент буває різною за силою, досить змінною та нестабільною у часі переживання.

Високий рівень реактивної тривожності сенситивно відображає зміни емоційного-психологічного стану пацієнта під час лікування та є одним з найзручніших індикаторів для оцінки результативності психотерапевтичної корекції.

Шкала включає 40 запитань:

- 20 з них дають характеристику реактивній тривожності (опитувальник А);
- інші 20 - особистісній тривозі (опитувальник Б).

Досліджуваній має надати відповіді на запитання, зазначивши у опитувальниках, що відчуває під час проходження опитування (реактивна тривожність) та як зазвичай (особистісна тривожність).

На кожне питання є по 4 варіанти відповіді:

- зовсім ні, мабуть так, вірно, цілком вірно - по ступеню інтенсивності реактивної тривожності;
- майже ніколи, іноді, часто, майже завжди - по частоті вираженої особистісної тривожності [10, с. 211].

Залежно від завдань дослідження опитувальники можуть

застосовуватись окремо або разом. Якщо опитувальники застосовують разом - першою виміряють реактивну тривожність.

Інструкція до опитувальника проста, тому не містить допоміжних коментарів або роз'яснень. Дослідження можна проводити як персонально, так і для групи не лімітуючи опитуваних у часі (зазвичай, їм достатньо від 15 до 20 хвилин).

Результат з показником до 30 балів свідчить про низьку тривожність, 31 - 45 балів – про помірну, а понад 45 балів – про високу [10, с. 210-214].

4. Опитувальник САН (Самопочуття, Активність, Настрій) [29, с. 26].

Використовується при обстеженні поточного психоемоційного стану дорослої людини для його швидкої оцінки. Опитувальник та інструкцію до нього наведено у Додатку В.

В основі методики закладено наступне: з певною черговістю протиставних оцінок можна описати самопочуття, активність та настрій.

Аналізуючи психоемоційний стан важливо звертати увагу як на значення його конкретних показників, так і на їх взаємозв'язок. Наприклад, у респондента, який відпочив, як правило, судження САН схожі, а при знесиленні між запропонованими критеріями співвідношення змінюється через відносне падіння показників самопочуття та активності в порівнянні з настроєм [29, с. 26-28].

2.2. Методи та організація дослідження взаємозв'язку негативних емоційних станів та психосоматичних розладів

На думку психофізіологів, емоції енергетично мобілізують організм. До прикладу, радість посилює іннервації в м'язах, які призводять до розширення дрібних артерій, посилення припливу до шкіри крові і, відповідно, до прискорення кровообігу. Шкіра стає більш теплою, покращується насичення тканин організму необхідними речовинами тощо. Прояви суму, навпаки,

впливають на м'язи паралізуюче: відбувається уповільнення та послаблення рухів, стискання судин, людину знобить, вона відчуває нестачу повітря, тяжкість у грудях [22, с. 159; 29, с. 5].

Виходячи з позиції, що психосоматичними вважаються соматичні захворювання, у виникненні та перебігу яких головну роль відіграють психологічні фактори [15, с. 359], основним завданням емпіричного дослідження хворих з соматичними розладами є аналіз їх «внутрішньої картини хвороби», що спричинена емоційними переживаннями тривоги і страху [10, с. 44].

Волошко Н. І., Седих К. В., Перетятко Л. Г. та інші дослідники при вивченні особливостей формування і розвитку психосоматичних захворювань погоджуються, що одним з головних чинників, які при формуванні і розвитку психосоматичних розладів є негативні емоції (Волошко, 2015, Седих, 2017, Перетятко, 2017). Седих К. В. вважає, що емоції мають вплив на гормональний баланс, імунну систему та периферичну фізіологічну активність (артеріальний тиск, пульс) [2, с. 23; 22 с. 159].

«Коли негативні емоції виникають внаслідок незадоволення потреб людини, перенапружуються її мозкові структури емоційної сфери та утворюють емоційну напругу, яка порушує компенсаторні механізми вищої нервової діяльності. Отже, особливості емоційної сфери особистості суттєво впливають на процеси захворювання та одужання. Прояв негативних емоцій, що виникають після сильної напруги, призводить до стресу, який, в свою чергу, впливає на розвиток психосоматичних захворювань» [22, с. 160].

«Вплив емоцій здатен у стресових ситуаціях не тільки паралізувати психічну діяльність, а повністю зупинити діяльність організму, тобто спричинити смерть. Психосоматичні розлади характеризуються фізіологічними патологічними симптомами, що не виявляють будь-яких органічних проявів та схожі з соматичними порушеннями, які можна віднести до хвороби відомої в медичній практиці. Вони проявляються соматизацією, є хронічними синдромами, що складаються із безлічі соматичних симптомів, що

пов'язані з важкими переживаннями» [22, с. 160].

Відповідно, при організації дослідження факторів виникнення психосоматичних захворювань, на думку Михайлова Б. В., необхідно вивчати:

- відношення хворого до захворювання;
- самооцінки значущості впливу хвороби на соціальний статус хворого;
- стан емоційної сфери хворого та його зміну у процесі захворювання) [22, с. 160; 10, с. 44-45].

Методи дослідження психосоматичних захворювань тісно переплітаються з методиками вивчення емоційних станів.

Аналіз наявної літератури показав, що рекомендується використовувати описані вище методики в поєднанні з, наприклад:

- опитувальником Сердюка О. І. (1994), щоб вивчити самооцінку соціальної значущості хвороби та зрозуміти почуття пацієнта стосовно його відчуття енергії і сили, обмеження задоволень, відношення у родині тощо;
- методикою рахунку за Крепеліном (Kraepelin E.) у модифікації Шульте (Schulte R.) «...для якісної і кількісної оцінки працездатності (виснажливості і стомлюваності) хворих» [10, с. 45];
- методикою експрес діагностики неврозу (Хесс Х., Хек К., 1975 р.), забезпечує оцінку рівня невротизації та відображає, наскільки опитуваний визначає свої відчуття і поведінку [13, с. 50];
- Гіссенським опитувальником соматичних скарг Паламарчука О. С. для виявлення інтенсивності емоційно забарвлених скарг з приводу стану фізичного здоров'я, що високо корелює з маскованою депресією [23, с. 122].

При використанні до і після лікування ці методики є зручними для об'єктивізації ефективності психотерапії.

На думку Чабана О. С. і Хаустової О. О. саме дослідження включає в себе декілька етапів:

1 етап — скринінгове тестування (проводиться, якщо отримано інформавану згоду пацієнта) по самоопитувальнику «Анкета для виявлення

психосоматичних розладів» (варіант для дорослих, Чабан О. С. і Хаустов О. О.), або, якщо є показання - скринінг феноменів тривоги, депресії тощо.

2 етап — при отриманні позитивного результату на 1 етапі продовжується обстеження на основі індивідуалізованої діагностичної програми, яку створюють опираючись на кілька методик. Це можуть бути:

- опитувальник стану здоров'я PHQ;
- госпітальна шкала тривоги і депресії HADS;
- шкала сну;
- Монреальська шкала когнітивної оцінки (МОСА);
- шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О. С., 2009) тощо.

Визначення декотрого психопатологічного феномену за допомогою діагностичної шкали не є рівнозначним встановленню діагнозу психічного розладу, однак дозволяє оцінити ступінь порушення та обґрунтувати обсяг необхідного лікування. [26, с. 13].

Середа І. В. при виявленні психосоматики також вважає основними методиками дві моделі діагностування:

- бесіда, для діагностики захворювання;
- психологічні тести, для визначення напрямку проблеми як додаткова методика.

Своєчасна діагностика емоційного стану особи здатна скоригувати її поведінку та зменшити вплив негативних емоцій на психосоматичне здоров'я людини.

Висновки до розділу 2

Аналіз методів та організації дослідження негативних емоційних станів як фактору виникнення психосоматичних захворювань обумовлює наступні висновки:

1. Для діагностики емоційних станів найчастіше використовують тести та опитувальники.
2. Дослідження для визначення взаємозв'язку негативних емоційних

станів та психосоматичних розладів вивчають відношення хворого до його захворювання, значущість впливу хвороби на його соціальний статус та емоційний стан і його зміни під час перебігу захворювання.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ НЕГАТИВНИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

3.1. Організація і проведення дослідження

Для перевірки наявності взаємозв'язку між негативними емоційними станами та психосоматичними розладами проведено дослідження.

Щоб підтвердити або спростувати взаємозв'язок між негативними емоційними станами та психосоматичними розладами, необхідно установити наявність психосоматичних захворювань у опитуваних, проаналізувати наявність у них негативних емоцій. Для отримання даних про стан респондентів було розроблено анкету та авторський опитувальник для визначення схильності респондентів до виникнення психосоматичних розладів, а також використано шкалу оцінки якості життя Чабана О. С. та Гіссенський опитувальник соматичних скарг.

При розробці анкети було враховано, що серед психосоматичних розладів найбільш досліджуваною є група з семи захворювань: бронхіальна астма, виразковий коліт, есенціальна гіпертонія, нейродерміт, ревматоїдний артрит, виразка дванадцятипалої кишки, гіпертиреоз. Додатково враховано теорію, що кожне захворювання є психосоматичним через дію емоційних факторів на соматичні процеси [39, с. 70-71].

Питання стосовно наявних захворювань були згруповані по відповідним системам організму і стосувались:

- шлунково-кишкового тракту;
- серцево-судинної системи;
- дихальної системи;
- опорно-рухового апарату;
- щитоподібної залози;
- шкіри.

Виходячи з того, що якість життя, як поняття, суттєво ґрунтується на психосоматичному розумінні хвороби, шкала оцінки якості життя Чабана О. С. допомагає визначити чи впливали травматичні події і довготривалий стрес на якість життя опитуваного.

На думку Чабана О. С., оцінка якості життя, на фоні зростання хронічної соматичної та психічної патології, набуває все більшої актуальності.

Якість життя є цілісним показником, який відображує рівень задоволеності людини її фізичним, психічним і соціальним станом.

Важливо звернути увагу, що показник якості життя є суб'єктивним, тому характеризує сприйняття аспектів життя респондента в момент опитування.

Дослідження якості життя сприяє отриманню інформації, необхідної для більш широкого розуміння того, як клінічні прояви захворювання впливають на загальний соматичний і психологічний стан хворих. [3; с. 96]

Опитувальник складається з 10 запитань, які виявляють рівень задоволеності респондента стосовно оцінки свого здоров'я, реалізації, любові, гедонії (задоволення), дружби, соціальної активності, фінансового благополуччя, спільного проведення часу з сім'єю і друзями, задоволеністю роботою, соціального статусу за допомогою відповідей-тверджень до кожного запитання.

Гіссенський опитувальник соматичних скарг визначає ступінь інтенсивності скарг, пов'язаних із фізичним здоров'ям, які мають емоційне забарвлення [34; 115].

Опитувальник має 5 шкал [17; с. 9];

- «Виснаження» - характеризує власне уявлення особи про наявність або втрату життєвої енергії і на потребу в допомозі. Корелює з депресивним станом, алекситимією [17; с. 9];
- «Шлункові скарги» – відображає прояви синдрому нервових (психосоматичних) шлункових розладів, відомого як епігастральний синдром [17; 9];

- «Болі в різних частинах тіла» чи «Ревматичний фактор» - відтворює суб'єктивні відчуття дискомфорту пацієнта, що проявляються алергічними або спазматичними реакціями [17; с. 10];
- «Скарги на серце» – свідчить про те, що пацієнт переважно пов'язує свої скарги зі станом серцево-судинної системи [17; с. 10];
- «Тиск» (або інтенсивність скарг) – це інтегральна оцінка по всім вищезазначеним шкалам, яка характеризує загальний рівень інтенсивності скарг, розглядаючи «іпохондричність» не в традиційному розумінні цього терміна, а з позиції психосоматичного підходу – як «тиск скарг» [17; с. 10].

Серед наявних методик, на мою думку, обрані найкраще відповідають завданням дослідження.

Обидва опитувальники не забезпечують комплексного уявлення про взаємозв'язок негативних емоційних станів та психосоматичних захворювань. Відповідно, мною було розроблено авторський опитувальник, який містить 15 запитань з можливими варіантами відповідей-тверджень: «ні», «швидше ні», «можливо», «так», які виражають ступінь згоди чи незгоди респондента.

За отриманими відповідями визначається схильність опитуваного до виникнення психосоматичних розладів на основі його психоемоціональних та фізіологічних реакцій на вплив стресових ситуацій.

Відповіді респондентів на тестові матеріали доступні за посиланням: <https://docs.google.com/forms/d/1jiwTgnt2shwaIL9753Yu70jWVwYTK20dby0zPeUuvdE/edit#responses>

Для проведення та обробки результатів дослідження застосовано комп'ютерні інструменти – Google Форми, Excel, Word.

При аналітиці для визначення статистичної значимості було використано U-критерій Манна-Уїтні [11; 43] та критерій Краскела - Уолліса (H-критерій) [42].

В дослідженні прийняло участь 66 респондентів.

Наведені методики та кількість опитуваних дозволяють дослідити взаємозв'язки між негативними емоційними станами та психосоматичними розладами.

3.2. Обробка результатів емпіричного дослідження, їх інтерпретація

3.2.1. Результати анкетування

В результаті проведеного опитування зібрано анкети від 66 респондентів (65,2% (43 особи) – жінки та 34,8% (23 особи) – чоловіки).

Примітка. Далі по тексту після значення у відсотках в дужках наведено кількість опитуваних.

Вік респондентів, які прийняли у опитуванні участь, склав від 22 до 63 років (рис. 3.1.).



Рис. 3.1. Показники віку опитуваних

Учасники дослідження перебувають у різних типах сімейних стосунків:

- 66,7% (44) - у шлюбі;
- 6,1% (4) – зустрічаються;
- 12,1% (8) – живуть разом, але не одружені;
- 6,1% (4) – розлучені;
- 9,1% (6) – відмітили відносини як «інші» (наприклад, втрата коханої людини через її смерть або виїзд за кордон в порятунку від війни тощо).

Також респонденти відповіли на запитання стосовно:

- місця проживання: 90,9% (60) проживає у містах, 9,1% (6) – у інших населених пунктах;
- освіти: 78,8% (52) мають вищу освіту, 22,2% (14) – не мають;
- сфери діяльності: вони виявились занадто різними для проведення якісної аналітики, т.я. деякі опитувані є військовими (чоловіки, 5 осіб), вчителями або викладачами (жінки, 8 осіб), є особи, які не працюють, є жінки в декреті, є пенсіонери. В той самий час 18 респондентів є менеджерами з продажу (13 жінок і 5 чоловіків) і деяку аналітику можна провести по ним, щоб побачити наявність чи відсутність спільного у відношенні до хвороб, негативних емоцій та наявності психосоматичних захворювань.

В анкеті опитуваним було запропоновано відповісти на запитання, чи мають вони одну або декілька діагностованих хвороб шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, дихальної системи, опорно-рухового апарату, щитоподібної залози або шкірні захворювання. Результати опитування подано на рис. 3.2.

Чи маєте одну або декілька діагностованих хвороб?

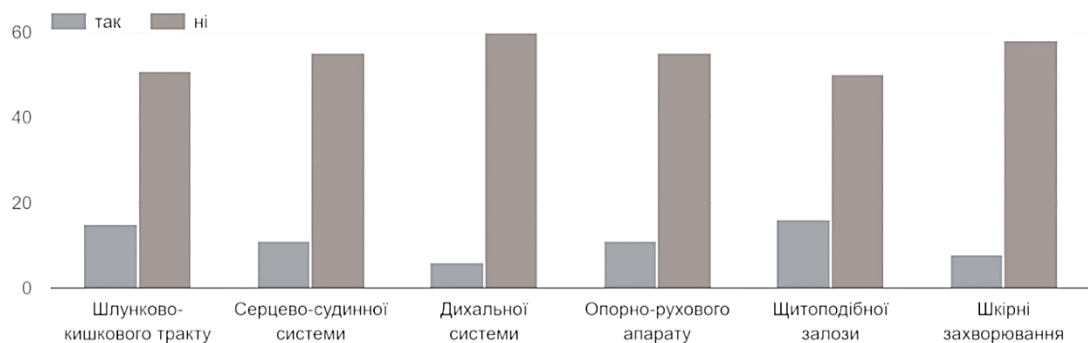


Рис. 3.2. Кількість відповідей щодо наявності захворювань

33,3% (22) відповіли, що не мають діагностованих захворювань, які можуть мати психосоматичний характер. 66,7% (44) підтвердили наявність таких хвороб. З них 63,6% (28) має по одному захворюванню, 27,3% (12) – по два, 6,8% (3) – по три та 2,3% (1) – п'ять.

Опитуваним було запропоновано написати назву захворювання. Найчастіше повторювались діагнози, наведені у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Найповторюваніші результати анкетування щодо діагнозу

Хворий орган/система та діагноз	Чоловіки	Жінки
Легені – бронхіальна астма, бронхіт	1	2
Щитоподібна залоза – вузловий зоб, аутоімунний тиреоїдит, гіпотиреоз, папілярний рак щитоподібної залози	2	11
Шлунок - гастрит, рефлюксна хвороба, езофагіт, виразка	5	5
Дванадцятипала кишка – виразка дванадцятипалої кишки	0	2
Шкіра – псоріаз, розацеа	2	2
Серцево-судинна система – гіпертонія	0	3
Опорно-руховий апарат – сколіоз, міжхребцева грижа/протрузія	3	3

Респондентам було запропоновано дати розгорнуту відповідь на запитання: «Що, на Вашу думку, передувало виникненню захворювання?». Отримано відповіді від 11 чоловіків та 29 жінок.

Відповіді чоловіків, в основному, є більш загальними та короткими: «Фактичне життя» (гіпотериоз, себореїний дерматит, протрузія міжхребцевих дисків, запалення сідничного нерва, гастрит, запалення с-подібного відростку кишки, алергії сезонні та на пил), «стреси, вік» (стенокардія другої степені), «Генетика» (псоріаз), «Спадковість/генетика» (бронхіальна астма), проте є і такі, які, на думку опитуваних, показують причинно-наслідковий зв'язок між обставинами і виникненням хвороби: «Стрессова ситуація» (псоріаз), «Невчасне харчування в молодому віці» (ШКТ), «Вірусне захворювання – ангіна» (операція на серці), «Пробиття носа» (гайморит), «Відсутність профілактики (поки не турбує не лікую)» (серцева недостатність, сколіоз, зоб). Отримано одну відповідь «Точно не скажу» (рефлюксна хвороба).

Відповіді жінок, в основному, були більш розгорнутими: «Неправильне харчування, стрес» (езофагіт, гіпотиреоз), «Сидіння в неправильному положенні, можливо, або слабкий хребет» (у респондентки зміщення хребців), «Перебування на сонці без захисту шкіри» (розацеа), «Мій емоційний стан» (гіпертонія), «Тяжко дихати від гіпер опіки мами» (бронхіт), «Все брала на себе, не думала про наслідки» (аутоімунний тиреоїдит, остеохондроз), «Стреси, одночасне цвітіння нетипове цвітіння рослин цього річ» (формування

вузла щитоподібної залози, алергічні висипи на обличчі), «Проживання в забрудненому середовищі» (збільшення щитоподібної залози), «Щось з дитинства, думаю умови житла, вогкість у квартирі, точніше, грибок на стінках (чорного кольору)» (бронхіт з астматичним компонентом), «Спадковість, слабкий імунітет, ЧАЕС» (цукровий діабет), «Можливо через ЧАЕС або спадково» (вузловий зоб), «Позиція жертви. Хотілося викликати жалість до себе» (астма, слабкий кровообіг). Отримано і короткі відповіді, як «нерви» та «на нервовій основі» (всі 3 респондентки, які так відповіли, мають захворювання ШКТ), «спадковість» (1 особа, аутоімунний тиреоїдит) та «зайва вага» (1 особа, гіпертонія). Респонденти, які зазначили, що мають рефлюкс, езофагіт, виразку дванадцятипалого кишківника, відповідали, що їх хвороби пов'язані з неправильним харчуванням. Дві респондентки з захворюваннями щитоподібної залози не змогли знайти причин: «По не зрозумілим причинам» (надлишок йоду в організмі, точну назву хвороби не пам'ятає) та «Незнаю» (папілярний рак щитоподібної залози). 4 респондентки не мають діагностованих захворювань систем та органів з запропонованого переліку, проте надали відповіді: «Оперативне втручання» (фокальна епілепсія), «Спадковість» (мастопатія), «Психосоматика» (назва захворювання відсутня), «Мої психічні захворювання спричинені особливістю психіки та травмами» (ОКР, клінічна депресія).

Анкетування показало, що жінки більше схильні говорити відкрито про свої захворювання та шукати причини їх виникнення, ніж чоловіки.

Маємо для порівняння та аналітики відповіді від жінок (43 особи) та чоловіків (23 особи). Серед них мають діагнози з запропонованого переліку хвороб, що носять психосоматичний характер (44 особи) та не мають таких відповідно (22 особи).

Примітка. Далі по тексту в дужках буде зазначено цифри без слова «осіб» чи «особи».

3.2.2. Аналіз та інтерпретація відповідей на запитання з авторського опитувальника

Опитувальник побудований таким чином, щоб можна було оцінити психоемоційну та вольову сферу респондентів, наявність зв'язку між фізіологічними проявами та стресовими ситуаціями і визначити наявність факторів, що можуть показати наявність чи відсутність схильності до виникнення психосоматичних розладів.

Розглянемо отримані відповіді на кожне запитання, щоб узагальнити результат:

1. На рис. 3.3. зображено діаграму, де відображено наступне: 10,6% (7) вважає, що частіше відчуває і 19,7% (13) схильні думати, що частіше відчувають негативні емоції. 40,9% (27) частіше відчувають і 28,8% (19) схильні думати, що частіше відчувають позитивні емоції.

Ви відчуваєте негативні емоції частіше ніж позитивні?
66 відповідей

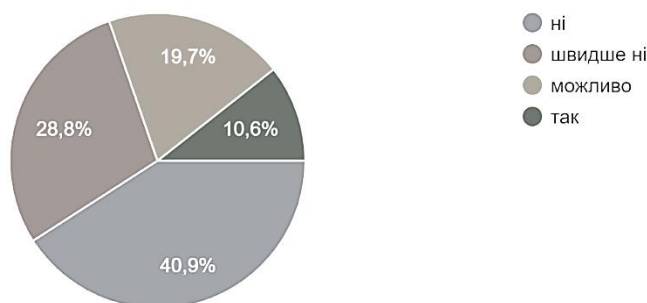


Рис. 3.3. Відповіді на питання «Ви відчуваєте негативні емоції частіше ніж позитивні?»

Відповіді (подано у таблиці 3.2.) вказують на те, що чоловіки краще орієнтуються у своїх емоційних станах, більшість з них відповідає стверджувально (65,5% або 14 чоловіків з 23 проти 44,2% або 19 жінок з 43).

Примітка. Далі по тексту, де буде зазначено «жінки» (скорочено у таблицях – «ж») або «чоловіки» (скорочено у таблицях – «ч»), маємо на увазі % від загальної кількості жінок або чоловіків з вибірки, а не від загальної кількості респондентів.

Таблиця 3.2

Розподіл відповідей на питання «Ви відчуваєте негативні емоції частіше позитивні?» від чоловіків та жінок

Відповіді	так		можливо		швидше ні		ні	
	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж
Кількість респондентів	4	3	3	10	5	14	11	16
% (у розрізі поділу на статі)	17,4	7,0	13,0	23,3	21,7	32,6	47,8	37,2

Примітка. Далі по тексту у назві таблиць буде зазначено саме запитання, проте будемо розуміти, що розглядаємо розподіл відповідей на запитання від чоловіків та жінок.

2. 37,9% (25) помічали наявність зв'язку між хворобами та хвилюючими подіями або стресами, 22,7% (15) - не помічали. Такий зв'язок вважають можливим 30,3% (20) і швидше не вбачають зв'язку 9,1% (6). Розподіл відповідей наведено на рис. 3.4. та у табл. 3.3.

Чи помічали Ви, що хвороби починаються під час або після хвилюючих або неприємних для Вас подій, навантажень або стресів?
66 відповідей

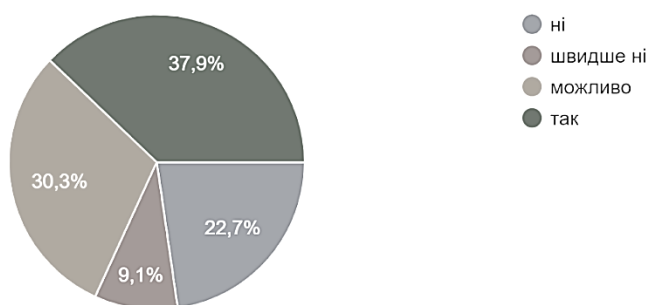


Рис. 3.4. Зв'язок між хворобами та хвилюючими подіями або стресами

Таблиця 3.3

«Чи помічали Ви, що хвороби починаються під час або після хвилюючих або неприємних для Вас подій, навантажень або стресів?»

Відповіді	так		можливо		швидше ні		ні	
	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж
Кількість респондентів	10	15	5	15	2	4	6	9
% (у розрізі поділу на статі)	43,5	34,9	21,7	34,9	8,7	9,3	26,1	20,9

Жінки (34,9%) схильні рідше пов'язувати виникнення хвороб зі стресами, ніж чоловіки (43,5%).

2. В негативних ситуаціях більшість респондентів не турбують нудота або блювання. Результати опитування подано на рис. 3.5. та у табл. 3.4.

Чи турбують Вас в негативних ситуаціях або перед ними напади нудоти чи блювоти?
66 відповідей

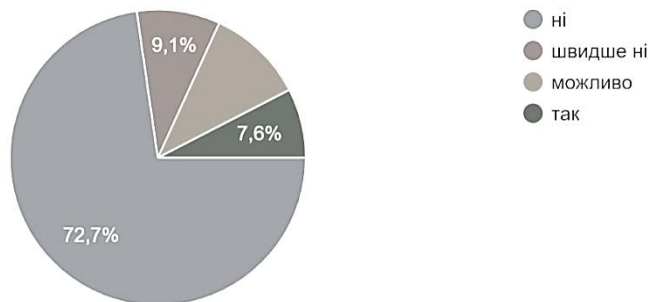


Рис. 3.5. Зв'язок між проявами нудоти або блювоти та негативними ситуаціями

Таблиця 3.4

«Чи турбують Вас в негативних ситуаціях або перед ними напади нудоти чи блювоти?»

Відповіді	так		можливо		швидше ні		ні	
	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж
Кількість респондентів	2	3	1	6	1	5	19	29
% (у розрізі поділу на статі)	8,7	7,0	4,3	14,0	4,3	11,6	82,6	67,4

82,6% чоловіків та 67,4% жінок не мають проявів нудоти або блювання у негативних ситуаціях.

3. Відчувають сильні головні болі: 37,9% респондентів (25) їх точно відчуває, можливо відчуває 31,8% (21), швидше не відчуває 10,6% (7) та не відчуває 19,7% (13). Узагальнення відображено на рис. 3.6. та у табл. 3.5.

Чи бувають у Вас сильні головні болі під час тривалого напруження?
66 відповідей

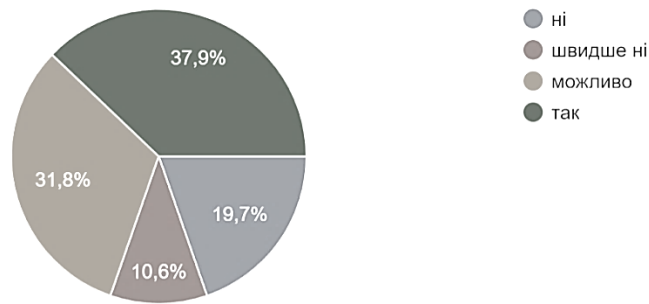


Рис. 3.6. Зв'язок між виникненням сильного головного болю та тривалим напруженням

Таблиця 3.5

«Чи бувають у Вас сильні головні болі під час тривалого напруження?»

Відповіді	так		можливо		швидше ні		ні	
	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж
Кількість респондентів	6	19	5	16	3	4	9	4
% (у розрізі поділу на статі)	26,1	44,2	21,7	37,2	13,0	9,3	39,1	9,3

Чоловіки рідше (26,1%) страждають від сильного головного болю, ніж жінки (44,2%), вони рідше припускають, що під час тривалого напруження можуть відчувати сильний головний біль (21,7% чоловіків проти 37,2% жінок).

4. Більшість опитуваних не відчуває болю у серці або симптомів, які пов'язані з роботою серця під час переживання негативних подій – 34,8% (23), швидше не відчувають та можливо відчувають по 19,7% (по 13 осіб) і точно відчувають 25,8% (17). На рис. 3.7 та у табл. 3.6. подано результати опитування.

Чи відчуваєте Ви біль у серці або симптоми, що пов'язані з роботою серця під час переживання негативних подій?

66 відповідей

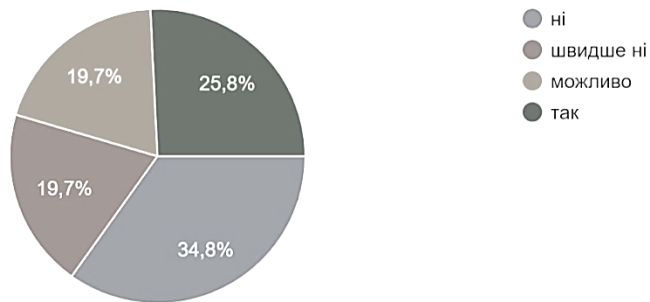


Рис. 3.7. Зв'язок між виникненням болю у серці та переживанням негативних подій

Таблиця 3.6

«Чи відчуваєте Ви біль у серці або симптоми, що пов'язані з роботою серця під час переживання негативних подій?»

Відповіді	так		можливо		швидше ні		ні	
	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж
Кількість респондентів	6	11	2	11	5	8	10	13
% (у розрізі поділу на статі)	26,1	25,6	8,7	25,6	21,7	18,6	43,5	30,2

Стверджувальні відповіді отримано від 69,6% чоловіків і від 55,8% жінок. Не впевнені у своїх відчуттях 30,4% чоловіків проти 44,2% жінок. Загалом, чоловіки рідше відчувають біль у серці або симптоми, що пов'язані з роботою серця (26,1% проти 43,5% тих, хто його не відчуває). Ситуація серед жінок різниться (відчуває його 25,6% жінок, не відчуває – 30,2%).

5. У стресових ситуаціях 31,8% (21) відмічає порушення роботи шлунково-кишкового тракту (далі – ШКТ), вважають їх можливими 19,7% (13), 16,7% (11) вважають, що це навряд так і 31,8% (21) не відмічає таких порушень. Узагальнені результати наведено на рис. 3.8 та у табл. 3.7.

Чи порушується у Вас робота шлунково-кишкового тракту в стресових ситуаціях?
66 відповідей

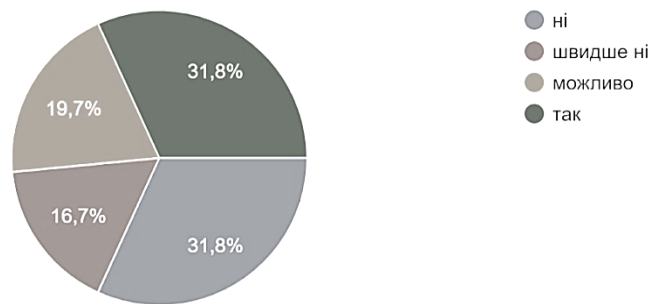


Рис. 3.8. Зв'язок між порушеннями роботи ШКТ та стресовими ситуаціями

Таблиця 3.7

«Чи порушується у Вас робота шлунково-кишкового тракту в стресових ситуаціях?»

Відповіді	так		можливо		швидше ні		ні	
	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж
Кількість респондентів	5	16	1	12	6	5	11	10
% (у розрізі поділу на статі)	21,7	37,2	4,3	27,9	26,1	11,6	47,8	23,3

Стосовно порушення у роботі ШКТ чоловіки рідше їх відчують (21,7%) та значно рідше припускають можливість таких порушень (4,3%) по відношенню до жінок (37,2% та 27,9% відповідно). Чоловіки (69,5%) частіше визначають свої відчуття однозначно, ніж жінки (60,5%).

6. Більшість респондентів відчуває різноманітні фізіологічні зміни під час стресової ситуації: 45,5% (30) підтверджує їх наявність, 36,4% (24) припускає, 6,1% (4) припускає, що не має таких змін і 12,1% (8) заперечує їх наявність. Інфографіку та деталізацію наведено на рис. 3.9 та у табл. 3.8.

Чи буває у Вас порушення потовиділення, терморегуляції, серцевого ритму, мінливість артеріального тиску, спастичний біль кишківника...тіння в комплексі під час стресової ситуації?
66 відповідей

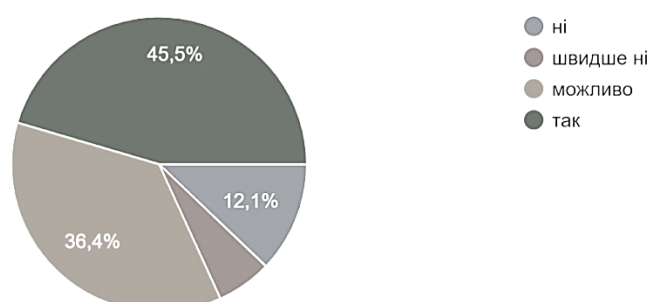


Рис. 3.9. Зв'язок між комплексними тілесними проявами та стресовою ситуацією

Таблиця 3.8

«Чи буває у Вас порушення потовиділення, терморегуляції, серцевого ритму, мінливість артеріального тиску, спастичний біль кишківника або тремтіння в комплексі під час стресової ситуації?»

Відповіді	так		можливо		швидше ні		ні	
	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж
Кількість респондентів	6	24	11	13	2	2	4	4
% (у розрізі поділу на статі)	26,1	55,8	47,8	30,2	8,7	4,7	17,4	9,3

Розподіл відповідей на це питання різниться від відповідей на попередні. Більшість жінок (55,8%) підтверджує наявність комплексу фізіологічних порушень та однозначно визначає (65,1%) наявність чи відсутність цих проявів по відношенню до чоловіків (26,1% та 43,5% відповідно).

Припускають можливість наявності порушень у комплексі 47,8% чоловіків і 30,2% жінок, тоді як при відповідях на попередні запитання саме чоловіки в більшості випадків краще однозначно визначали свої відчуття.

7. Зв'язок між періодом виникнення певних проблем з періодом початку хвороби точно помічає 10,6% респондентів (7), вважає можливим 13,6% (9), не впевнені в наявності 27,3% (18) та не спостерігають 48,5% (32). У діаграмі на рис. 3.10. та у табл. 3.9. наведено розподіл відповідей на це запитання.

Чи спостерігали Ви зв'язок між періодом виникнення певних проблем (наприклад, зміна роботи, переїзд тощо) з періодом початку хвороби?

66 відповідей

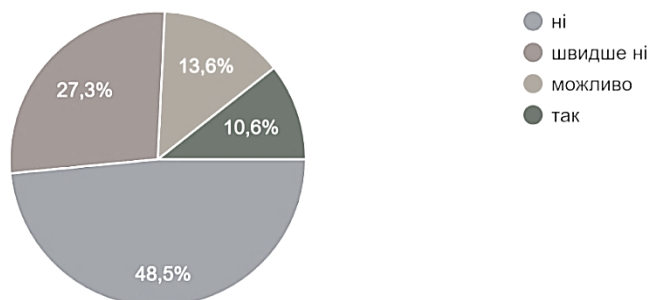


Рис. 3.10. Зв'язок між періодом виникнення проблем та початком хвороби

Таблиця 3.9

«Чи спостерігали Ви зв'язок між періодом виникнення певних проблем (наприклад, зміна роботи, переїзд тощо) з періодом початку хвороби?»

Відповіді	так		можливо		швидше ні		ні	
	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж
Кількість респондентів	2	5	1	8	5	13	15	17
% (у розрізі поділу на статі)	8,7	11,6	4,3	18,6	21,7	30,2	65,2	39,5

Чоловіки частіше впевнені у своїх спостереженнях (73,9%), ніж жінки (51,1%). Зв'язок між певними проблемами та виникненням хвороб не спостерігають або не схильні спостерігати як чоловіки (86,9%), так і жінки (69,7%).

8. Більшість опитуваних вважає себе людьми, які мають стійко переносити всі випробування. 51,5% (34) в цьому впевнені, 28,8% (19) схильні до такої думки, 12,1% (8) не впевнені і 7,6% (5) не вважають так. Діаграма та зведені дані з відповідями наведено на рис. 3.11 та у табл. 3.10.

Чи вважаєте Ви себе сильною людиною, яка має стійко переносити всі випробування?
66 відповідей

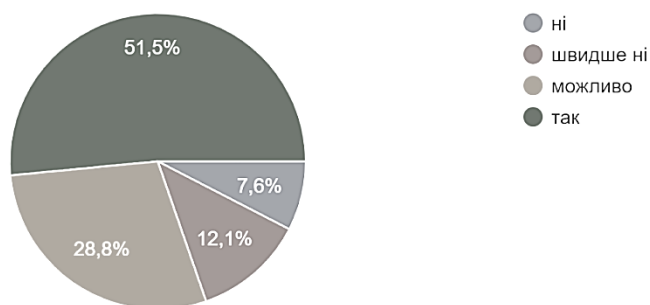


Рис. 3.11. Розподіл відповідей на питання «Чи вважаєте Ви себе сильною людиною, яка має стійко переносити всі випробування?»

Таблиця 3.10

«Чи вважаєте Ви себе сильною людиною, яка має стійко переносити всі випробування?»

Відповіді	так	можливо	швидше ні	ні
-----------	-----	---------	-----------	----

	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж
Кількість респондентів	15	19	6	13	1	7	1	4
% (у розрізі поділу на статі)	65,2	44,2	26,1	30,2	4,3	16,3	4,3	9,3

65,2% чоловіків і 44,2% жінок впевнені, що мають стійко переносити всі випробування. Серед як чоловіків (26,1%), так і жінок (30,2%), які схильні до думки, що можливо це так відсотковий поділ схожий. Швидше не згодні та не згодні з твердженням по 4,3% серед чоловіків, а жінки не погоджуються частіше (16,3% та 9,3% відповідно). Знову жінкам важче дати однозначну відповідь (46,5%), ніж чоловікам (30,4%).

9. До переживання повторюваних фізіологічних симптомів при стресових ситуаціях схильні 27,3% опитуваних (18), вважають, що це можливо 16,7% (11), не впевнені 19,7% (13) та не спостерігають їх 36,4% (24). Дані наведено на рис. 3.12 та у табл. 3.11.

Чи спостерігаєте Ви при переживанні стресових ситуацій певний повторюваний фізіологічний симптом (наприклад, підвищення ...ва нудоти, розлад в роботі кишечника тощо)?
66 відповідей

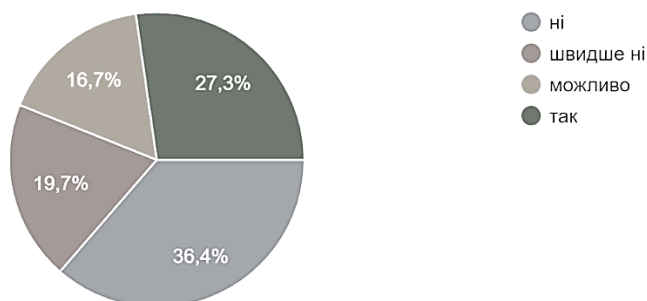


Рис. 3.12. Зв'язок між певним повторюваним фізіологічним симптомом та переживанням стресових ситуацій

Таблиця 3.11

«Чи спостерігаєте Ви при переживанні стресових ситуацій певний повторюваний фізіологічний симптом (наприклад, підвищення температури, поява нудоти, розлад в роботі кишечника тощо)?»

Відповіді	так		можливо		швидше ні		ні	
	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж
Кількість респондентів	3	15	5	6	3	10	12	12
% (у розрізі поділу на статі)	13,0	34,9	21,7	14,0	13,0	23,3	52,2	27,9

Жінки (34,9%) майже втричі частіше, ніж чоловіки (13,0%) спостерігають наявність повторюваних симптомів, проте вважають їх наявність можливою частіше чоловіки (21,7%), ніж жінки (14,0%). Протилежні показники серед тих, хто швидше не спостерігає їх – серед чоловіків (13%) відсоток менший, ніж серед жінок (23,0%). Не фіксують повторюваних симптомів 52,2% чоловіків та 27,9 % жінок. Знову чоловіки (65,2%) частіше дають однозначні відповіді на запитання, ніж жінки (62,8%).

10. Вважає складність своїх життєвих проблем більшою, за здатність їх вирішувати 1,5% (1), припускають таку можливість 13,6% (9), швидше не схильні до такої думки 31,8% (21) і так не вважають 53,0% (35). Дані подано на рис. 3.13 та у табл. 3.12.

Чи вважаєте Ви, що складність Ваших життєвих проблем є вищою, ніж Ваша здатність їх вирішувати?
66 відповідей

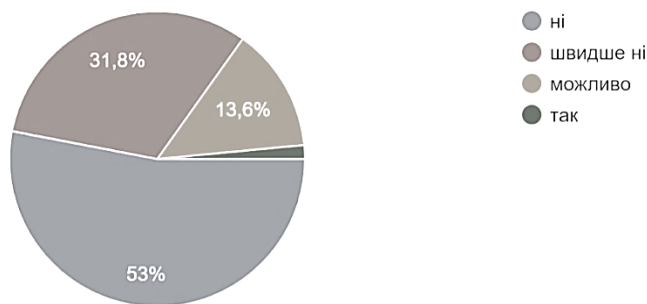


Рис. 3.13. Розподіл відповідей на питання «Чи вважаєте Ви, що складність Ваших життєвих проблем є вищою, ніж Ваша здатність їх вирішувати?»

Таблиця 3.12

«Чи вважаєте Ви, що складність Ваших життєвих проблем є вищою, ніж Ваша здатність їх вирішувати?»

Відповіді	так		можливо		швидше ні		ні	
	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж
Кількість респондентів	1	0	4	5	6	15	12	23
% (у розрізі поділу на статі)	4,3	0,0	17,4	11,6	26,1	34,9	52,2	53,5

Один чоловік (4,3%) з вибірки вважає, що складність його життєвих проблем є вищою, ніж здатність вирішувати ці проблеми. Чоловіки (17,4%)

більше схильні припускати, що їх здатність вирішувати проблеми є нижчою за складність проблем, ніж жінки (11,6%), в той час, як відсоток чоловіків (26,1%) швидше не схильних так вважати менший за відсоток серед жінок (34,9%). Впевнених у своїй здатності вирішувати складні життєві проблеми чоловіків (52,2%) та жінок (53,5%), тобто відповіді розділились практично порівну у відсотковому співвідношенні. Чоловіки знову показали, що вони більше схильні давати однозначні відповіді: 56,5% до 53,5% відповідно.

11. Під час переживання стресових подій схильні говорити відкрито про свої емоції 45,5% (30), можливо схильні 24,2% (16), швидше не схильні 21,2% (14) та не схильні 9,1% (6). Зведені дані подано на рис. 3.14 та у табл. 3.13.

Чи схильні Ви відкрито говорити про свої емоції, які переживаєте під час стресових подій?
66 відповідей

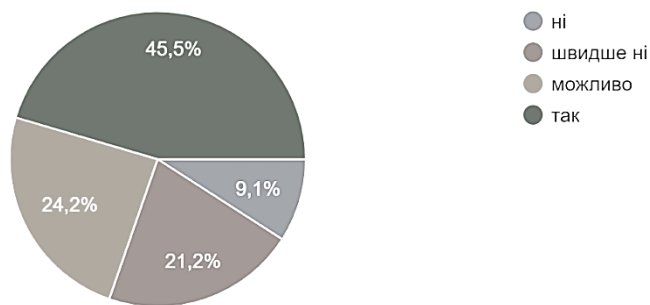


Рис. 3.14. Схильність говорити про свої емоції відкрито під час стресових подій

Таблиця 3.13

«Чи схильні Ви відкрито говорити про свої емоції, які переживаєте під час стресових подій?»

Відповіді	так		можливо		швидше ні		ні	
	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж
Кількість респондентів	10	20	5	11	5	9	3	3
% (у розрізі поділу на статі)	43,5	46,5	21,7	25,6	21,7	20,9	13,0	7,0

Чоловіки (56,5%) більше схильні відповідати стверджувально на запитання, ніж жінки (53,5%). Жінки проявляють більшу схильність до відкритих розмов про свої емоції, які вони переживають під час стресових

подій (46,5% проти 43,5%) та припускають, що це можливо (25,6% проти 21,7%).

12. Серед опитаних респондентів точно часто відчують негативні емоції 19,7% (13), можливо – 25,8% (17), швидше ні – 30,3% (20), точно ні – 24,2% (16). Результати опитування наведено на рис. 3.15 та у табл. 3.14.

Ви часто відчуваєте негативні емоції, такі як злість, роздратування, смуток, тривога, безпорадність, страх, незадоволення, недовірливість, розпач, заздрість, ненависть тощо?
66 відповідей

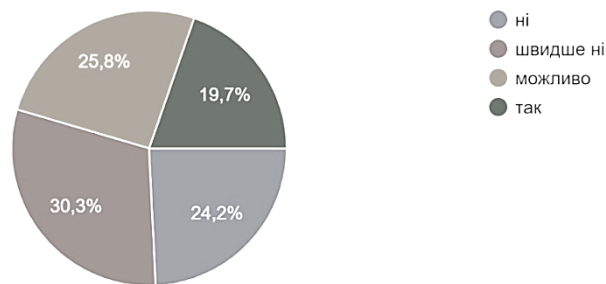


Рис. 3.15. Схильність часто відчувати негативні емоції

Таблиця 3.14

«Ви часто відчуваєте негативні емоції, такі як злість, роздратування, смуток, тривога, безпорадність, страх, незадоволення, недовірливість, розпач, заздрість, ненависть тощо?»

Відповіді	так		можливо		швидше ні		ні	
	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж
Кількість респондентів	5	8	6	11	4	16	8	8
% (у розрізі поділу на статі)	21,7	18,6	26,1	25,6	17,4	37,2	34,8	18,6

Чоловіки частіше схильні відчувати (21,7% до 18,6% серед жінок) негативні емоції. Частіше не погоджуються, що негативні емоції відчують часто також чоловіки (34,8% до 18,6% серед жінок). Припускають, що їх відчують чоловіки та жінки приблизно однаково (26,1% та 25,6% відповідно). Значно більше жінок (37,2% проти 17,4% чоловіків) швидше не згодні, що відчують часто негативні емоції.

13. Позитивні емоції часто їх відчуває 60,6% опитуваних, можливо, що відчуває часто – 31,8%, швидше ні – 6,1% (4), ні – 1,5% (1). Дані подано на рис. 3.16 та у табл. 3.15.

Ви часто відчуваєте позитивні емоції, такі як радість, щастя, задоволення, любов, захоплення тощо?
66 відповідей

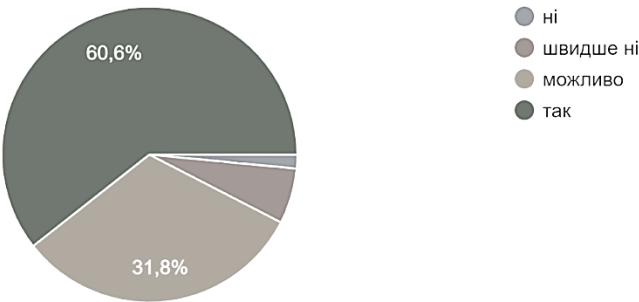


Рис. 3.16. Схильність часто відчувати позитивні емоції

Таблиця 3.15

«Ви часто відчуваєте позитивні емоції, такі як радість, щастя, задоволення, любов, захоплення тощо?»

Відповіді	так		можливо		швидше ні		ні	
	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж
Кількість респондентів	13	27	8	13	1	3	1	0
% (у розрізі поділу на статі)	56,5	62,8	34,8	30,2	4,3	7,0	4,3	0,0

Часто відчувають позитивні емоції більшість як серед чоловіків (56,5%), так і серед жінок (62,8%). Схильні вважати, що позитивні емоції відчувають часто 34,8% чоловіків та 30,2% жінок. 7,58% (5) з вибірки нечасто відчувають позитивні емоції.

14. Вважають себе позитивно налаштованими 74,2% (49), можливо налаштованими позитивно – 16,7% (11), що швидше не мають позитивного налаштування – 7,6% (5) і не налаштованими позитивно – 1,5% (1). Результати наведено на рис. 3.17 та у табл. 3.16.

Чи вважаєте Ви себе людиною позитивно налаштованою?
66 відповідей

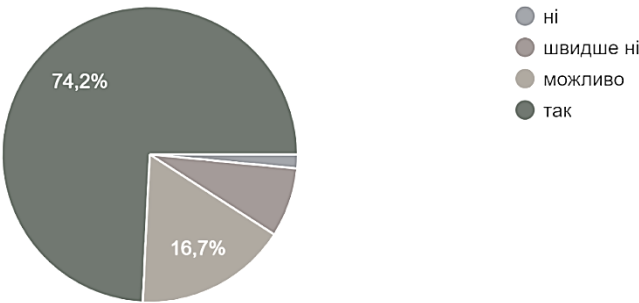


Рис. 3.17. Розподіл відповідей на питання «Чи вважаєте Ви себе людиною позитивно налаштованою?»

Таблиця 3.16

«Чи вважаєте Ви себе людиною позитивно налаштованою?»

Відповіді	так		можливо		швидше ні		ні	
	ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж
Кількість респондентів	16	33	4	7	2	3	1	0
% (у розрізі поділу на статі)	69,6	76,7	17,4	16,3	8,7	7,0	4,3	0,0

Жінки (76,7%) частіше схильні вважати себе позитивно налаштованими, ніж чоловіки (69,6%) і в цьому питанні більшості жінок вдалося дати однозначну відповідь на запитання (76,7% до 73,9% серед чоловіків).

За результатами опитування жінки мають більшу схильність до виникнення психосоматичних розладів, ніж чоловіки: вони частіше помічають або вважають, що помічають зв'язок між виникненням захворювань і нестандартних подій (69,8% до 65,2% відповідно), відчують комплексні фізіологічні зміни у організмі (86,1% до 73,0% відповідно) і більше схильні до переживання негативних емоцій (27,9% до 21,7% відповідно). Взаємозв'язок з негативними емоціями варто дослідити додатково.

Аналіз за U-критерієм Манна-Уїтні показав, що відмінності між відповідями чоловіків та жінок «так», «можливо», «швидше ні» є статистично значимими. Між відповідями «ні» від різних статей статистично значимих відмінностей немає. Дані аналітики наведені у Додатку Д.

3.2.3. Аналіз відповідей на запитання з опитувальника «Шкала оцінки якості життя», Чабан О. С.

По шкалі «Оцінка свого здоров'я» абсолютна більшість жінок задоволена його станом (95,4%), в той час, як серед чоловіків показник нижчий (86,9%).

Показник «Реалізація» чоловіки і жінки оцінили протилежно: 26,1% чоловіків задоволені, 73,9% - частково задоволені, тоді як задоволених жінок

58,2%, частково задоволених – 39,5%. Одна опитувана відповіла, що не задоволена рівнем своєї реалізації.

Всі респонденти жіночої статі відчують любов до себе. Дуже задоволені 86,0%, задоволені – 14%. Серед чоловіків показники 65,2% та 26,1% відповідно. 2 чоловіки (8,7%) частково задоволені по шкалі «Любов».

Стосовно гедонії (задоволення). Жінки (86,1%) теж оцінили цей показник вище, ніж чоловіки (73,9%).

Стосовно задоволеності дружбою. Показники майже однакові як серед жінок (94,4%), так і серед чоловіків (91,3%).

Стосовно соціальної активності. Її рівнем задоволені 74,4% серед опитуваних жінок і 60,8% серед чоловіків.

Фінансовим благополуччям задоволені 70,5% чоловіків та 83,7% жінок.

Спільним проведенням часу з сім'єю та друзями задоволені 43,5% опитуваних чоловіків та 72,1% жінок.

Задоволеність роботою також краща серед жінок – 76,7%. Серед чоловіків показник склав 56,5%.

Стосовно соціального статусу. Маємо схожі показники задоволеності і вони є найнижчими у обох статей: 55,8% серед жінок та 56,5% серед чоловіків.

Результати опитування розділено по статі респондентів та наведено у відсоткових показниках у табл. 3.17.

Таблиця 3.17

Зведені відповіді по опитувальнику «Шкала оцінки якості життя»,

Чабан О. С.

Оцінка	Стать	Дуже задоволений, %	Задоволений, %	Частково задоволений, %	Не задоволений, %
Оцінка свого здоров'я	ч	21,7	65,2	13,0	0,0
	ж	4,7	90,7	4,7	0,0
Реалізація	ч	0,0	26,1	73,9	0,0
	ж	7,0	51,2	39,5	2,3
Любов	ч	65,2	26,1	8,7	0,0
	ж	86,0	14,0	0,0	0,0

Гедонія (задоволення)	ч	13,0	60,9	26,1	0,0
	ж	4,7	81,4	14,0	0,0
Друзі	ч	17,4	73,9	8,7	0,0
	ж	23,3	72,1	4,7	0,0
Соціальна активність	ч	21,7	39,1	39,1	0,0
	ж	25,6	48,8	25,6	0,0
Фінансове благополуччя	ч	4,3	65,2	17,4	13,0
	ж	25,6	58,1	16,3	0,0
Спільне проведення часу з сім'єю та друзями	ч	0,0	43,5	47,8	8,7
	ж	23,3	48,8	27,9	0,0
Задоволеність роботою	ч	8,7	47,8	30,4	13,0
	ж	39,5	37,2	37,2	9,3
Соціальний статус	ч	4,3	52,2	26,1	17,4
	ж	9,3	46,5	44,2	0,0

Відповідно до результатів дослідження, жінки (62,8% або 27 осіб з 43) статистично значимо більш задоволені життям, ніж чоловіки (47,8% або 11 осіб з 23). Узагальнену інформацію подано у табл. 3.18. Дані перевірки статистичної значущості наведені у Додатку Ж.

Таблиця 3.18

Оцінка загальної кількості балів за шкалою Чабана О. С.

Стан/Стать	Оцінка якості життя, %		
	ч	ж	всього
Дуже задоволений	0,0	11,6	7,6
Задоволений	47,8	51,2	50,0
Частково задоволений	39,1	37,2	37,9
Не задоволений	13,0	0,0	4,5
Разом	100	100	100

Задоволеність якістю життя залежить не лише від статі, а й від роду діяльності, віку та обставини в яких перебуває людина. Наприклад, три особи чоловічої статі не задоволені якістю життя. Один з них служить в ЗСУ (36 років), другий – пенсіонер (63 роки) та чоловік, який не має вищої освіти і працює в сфері реклами (22 роки). Частково задоволені якістю життя 4 з 5 чоловіків-менеджерів з продажу. Варіант «Задоволений» обирали чоловіки

різних спеціальностей і тут відсутні певні закономірності. Такий результат отримали три чоловіки які служать в ЗСУ, один поліцейський, один начальник охорони, один сантехнік, один робітничий тощо.

Серед жінок показник «Частково задоволений» найнижчий у матерів в декреті, у пенсіонерки, у частини домогосподарок та у 4 з 13 менеджерів з продажу. 8 з 13 менеджерів з продажу вийшли на результат «задоволений», один – «дуже задоволений». Серед 8 вчителів результати наступні: 1 – «дуже задоволений», 6 – «задоволений», 1 «частково задоволений». Жінки оцінили свій рівень задоволеності не нижче, ніж «частково задоволений».

3.2.4. Аналіз відповідей на запитання з опитувальника «Гіссенський опитувальник соматичних скарг»

Оскільки нормативів для окремих шкал не передбачено та оцінюється загальний бал. Він показує інтенсивність емоційно забарвлених скарг відносно фізичного здоров'я, які «...виражають середнє поєднання фізичних нездужань, що відчуються людиною» [28, с. 148].

У табл. 3.19 подано узагальнені результати (відсоткові та кількісні).

Таблиця 3.19

Зведені результати по «Гіссенському опитувальнику соматичних скарг»

Стать	Менше 14 балів (низький)	Менше 20 балів (середній)	Менше 40 балів (високий)	Більше 40 балів (дуже високий)	Всього опитано
ч	26,1%	8,7%	56,5%	8,7%	100,0%
ж	11,6%	9,3%	58,1%	20,9%	100,0%

Опитувальник передбачає, що за максимально можливої суми в 96 балів, серед умовно здорових осіб 50% набирають менше ніж 14 балів, 75% – менше ніж 20 балів і 100% – менше ніж 40 балів [37, с. 19]. Згідно результатів опитування, 20,9% (9) жінок та 8,7% (2) чоловіків не відносяться до здорових людей. Розглянемо детальніше результати дослідження.

Серед 9 жінок, набрано найбільше балів по шкалам «Виснаження», «Ревматичний фактор» та «Серцеві скарги». Вік опитуваних різний, як і рід

діяльності (два менеджери з продажу, по одній особі з ресторанного бізнесу, торгівлі, статистики, страхування, одна вчителька, одна домогосподарка, одна пенсіонерка). 5 з них має вищу освіту, 4 – не мають. 8 перебувають у шлюбі, 1 у стосунках. 8 проживають у містах, 1 – у селищі міського типу. 4 особи задоволені якістю життя, 5 – частково задоволені. 1 особа не має діагностованих захворювань, 6 – мають по одному, 1 – дві, 1 – три. У 3 жінок є захворювання щитоподібної залози та опорно-рухового апарату, у 2 – ШКТ та шкірні захворювання.

Серед 2 чоловіків найбільше балів по шкалам «Виснаження» і «Ревматичний фактор». «Серцеві скарги» у одного чоловіка виражені на середньому рівні, а іншого – майже не виражені. Не є вираженими «Шлункові скарги». Обидва чоловіки отримали результат «Не задоволений» по опитувальнику Чабан О. С. Згідно наданих відповідей, у одного чоловіка діагностовано 2 хвороби (ШКТ та серцево-судинної системи), у іншого – 5 (ШКТ, дихальної системи, опорно-рухового апарату, щитоподібної залози, шкірні захворювання).

Опитуваних обох статей об'єднує:

- високий показник виснаження, що вказує на втрату їх життєвої енергії і потребу в допомозі;
- ревматичний чинник, який вказує на болі в різних частинах тіла.

У 57,6% (38) з загальної вибірки опитуваних середній показник (від 20 до 39 балів), який показує високу інтенсивність соматичних скарг.

Розглянемо, що є спільного у вибірках жінок (58,1% або 25 жінок з 43) та чоловіків (56,5% або 13 з 23).

Опитувані набрали найбільшу кількість балів по показникам «Виснаження» (жінки – 56,0% (14 осіб з 25), чоловіки – 61,5% (8 осіб з 13)) та «Болі в різних частинах тіла» або «Ревматичний фактор» (жінки – 84,0% (21 особа з 25), чоловіки – 84,6% (11 осіб з 13)). За результатами опитування, з них не мають діагностованих захворювань 23,1 % (3) чоловіків та 40% (10) жінок.

Серед респондентів, які набрали від 15 до 20 балів лише 0,1% (6 осіб: з них жінки – 0,1% (4 особи з 43), чоловіки – 0,1% (2 особи з 23)) по опитувальнику немає чіткої кореляції між типом скарг, але звертає на себе увагу те, що відсоток людей без діагностованих захворювань тут вищий (25% або 1 жінка, та 50% або 1 чоловік).

Респондентів, які набрали до 14 балів – 16,7% (11 осіб: з них жінки – 11,6% (5 осіб з 43), чоловіки – 26,1% (6 осіб з 23)). Вони мають вищі показники по виснаженню та ревматичним болям, як і респонденти з найвищою і високою кількістю балів. Без діагностованих захворювань серед них 66,7% (4 з 6 осіб) чоловіків та 40% (2 з 5 осіб) жінок.

Для перевірки на наявність статистичної значущості, було проаналізовано відповіді по шкалам «Виснаження» і «Болі в різних частинах тіла» 56 жінок та чоловіків, які набрали від 14 балів сумарно по Гіссенському опитувальнику.

При порівнянні критеріїв «Виснаження» та «Ревматичні фактори» (наведені в Додатку 3) окремо серед жінок та серед чоловіків, як тих, що не підтвердили наявність захворювань, які відносяться до психосоматичних, так і тих, що підтвердили наявність розладів не виявлено статистичної значущості. Проте, при порівнянні відповідей обох груп опитуваних, не залежно від статі, встановлено наявність статистичної значимості. Таким чином, статистично встановлено, що найчастіше ті, хто підтвердили наявність розладів з переліку, відзначають наявність факторів «Виснаження» та «Ревматичних факторів» не залежно від статі.

3.2.5. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Оскільки встановлено, що серед осіб з високою інтенсивністю скарг на фізичне здоров'я фактично тотожний відсоток як чоловіків, так і жінок, узагальнимо результати без поділу на статі респондентів з врахуванням

відповідей на два апробованих опитувальники та з прив'язкою до авторського опитувальника, який враховує суб'єктивні відчуття опитуваних.

Зауважимо, що у авторському опитувальнику було запропоновано чотири варіанти відповідей: «так», «можливо», «швидше ні» та «ні». Відповідь «можливо» вказує, що респондент не впевнений у позитивній відповіді, проте схиляється до неї. При відповіді «швидше ні» - більш схильний до негативної відповіді. Отож при інтерпретації відповідей від всієї вибірки, об'єднаємо їх у дві групи: «так» і «ні».

Оскільки завданням дослідження є встановлення взаємозв'язку між негативними емоційними станами та психосоматичними розладами, при інтерпретації результатів будемо відштовхуватись від того, що 74,1% (40) з загальної вибірки, які підтвердили наявність діагнозів захворювань органів чи систем з запропонованого у опитуванні переліку, відповіли, що мають різні тілесні прояви в комплексі під час стресової ситуації.

Розглянемо, як відрізняються відповіді респондентів на ряд запитань, залежно від оцінки якості життя та інтенсивності соматичних скарг (подано у таблиці 3.20).

Таблиця 3.20

Зведені дані по опитуванню респондентів з діагностованими захворюваннями, які зазначили, що відчують фізіологічні прояви в комплексі при стресових ситуаціях

Є діагноз	Висока якість життя (21 особа)	Середня якість життя (17 осіб)	Низька якість життя (2 особи)
Часто відчують негативні емоції	33,3	70,6	100,0
Часто відчують позитивні емоції	100,0	82,4	50,0
Відчують переважно негативні емоції	14,3	52,9	100,0
Схильні відкрито говорити про свої емоції	90,5	58,8	50,0
Складність життєвих проблем вища за здатність їх вирішувати	4,8	17,6	100,0
Вважають себе позитивно налаштованими	100,0	88,2	50,0

Помічали зв'язок початку хвороби зі стресом	76,2	64,7	50,0
ГО до 14 балів	9,5	0,0	0,0
ГО від 14 до 19 балів	14,3	0,0	0,0
ГО від 20 до 39 балів	61,9	29,4	50,0
ГО більше 40 балів	14,3	5,9	50,0

З табл. 3.20 бачимо, що серед осіб, у яких діагностовано захворювання, які відносяться до психосоматичних, частіше відчують та визнають переважаючими негативні емоції ті, хто вважає якість свого життя низькою. Зауважимо, що згідно з критерієм Краскела-Уолліса (Н-критерій), статистично значимих відмінностей між результатами груп немає.

В більшості випадків схильні відверто говорити про свої емоції, яких зазнають під час стресових подій, люди з високою якістю життя. Також вони частіше помічають зв'язок початку захворювання зі стресовими подіями. Серед них більше людей, які відчують високий тиск соматичних скарг (від 20 до 39 балів).

Частіше вважають, що не здатні вирішувати життєві проблеми люди з низькою оцінкою якості життя. Вони відчують дуже високу (більше 40 балів) і високу (від 20 до 39 балів) інтенсивність фізичних скарг.

3.2.6. Рекомендації для профілактики та реабілітації психосоматичних розладів

Різні дослідники сходяться у думках, що важливою є профілактика психосоматичних розладів.

Пфайфер Самюель говорить про важливість балансу життя і роботи. Він вважає, що гармонія між тілом, можливостями або роботою (професія, гроші, успіх, кар'єра), контактом (друзі, сім'я, звернення, визнання), сенсом або цінностями (наповнене життя, відповіді на фундаментальні запитання, любов, віра) запобігає психосоматичним розладам [31, с. 51].

Для балансування цих чотирьох сфер він пропонує задавати собі

уточнювальні запитання:

- « - Що насправді важливе для мене? На чому я хочу зосередитися?
- Що краде мої сили? Де я розпорошуюся?
- Чого я хочу досягти в роботі / у майбутньому?
- Які контакти я хочу більше розвивати?
- Що я роблю для свого здоров'я? Чи маю час відпочити, прогулятися, піти на фітнес?
- Який сенс мого життя? Чи приділяю я час роздумам, тиші, молитві?» [31, с. 51].

Ліза Фельдман Барретт вважає, що підтримка балансу в роботі організму починається «...зі здорового харчування, зарядки та повноцінного сну» [35, с. 281].

Вона опирається на наукові дані та стверджує, що здорове харчування, регулярна фізична активність і достатній сон є ключовими факторами для підтримання балансу в роботі організму та збереження емоційного благополуччя [35, с. 282].

На думку Лізи Фельдман Барретт, люди, які вміють ефективно інтерпретувати сигнали своїх внутрішніх органів як емоції, з часом можуть набувати більшої стійкості до хронічних запальних процесів [35, с. 323].

Це вміння можна натренувати, наприклад, за допомогою ведення щоденника емоційних станів. Щоб навчитись розпізнавати відчуття можна використовувати карти або колесо емоцій, які є у вільному доступі в Інтернет джерелах.

Наугольник Л. Б. звертає увагу на те, що у процесі життя людина звикає до неправильного дихання через затримку подиху. Повне і правильне дихання може стати засобом для полегшення та відновлення емоційного стану [21, с. 205].

Одною з найпростіших та загальновідомих практик, спрямованих на заспокоєння, є «Дихання по квадрату». Ви уявляєте квадрат та:

- вдихаєте повітря, рухаючись по одній з ліній квадрата;

- затамовуєте подих, продовжуючи рух другій лінії;
- переходите до видиху під час руху по третій лінії;
- затамовуєте подих, рухаючись по четвертій лінії квадрата.

Повторюйте вправу декілька разів до заспокоєння, фокусуйтеся на своєму диханні.

Рух по лініям квадрата має бути рівномірним, тобто вдих, затримка дихання та видих мають тривати однаково по часу. Для зручності можна використовувати годинник або таймер.

Наугольник Л. Б. пропонує при сильному нервовому напруженні декілька простих у виконанні та дієвих практик:

1. Зупинитись і глибоко вдихнути, набираючи повні легені повітря та повільно його видихаючи. Через декілька повторів нервово напруження спаде, настане розслабленість.

2. Випити одну-дві склянки води. Люди споживають води менше, ніж потрібно для гарного функціонування мозку, клітини якого до 85% складаються саме з води. Роздратування, депресія і стрес можуть бути пов'язані з її нестачею. [21, с. 205]

На думку Філіпова М. М. використовуються зовнішні впливи для відновлення ефективного функціонування організму і прийоми саморегуляції та самовідновлення [36, с. 56].

Загалом для профілактики і реабілітації психосоматичних станів та інших захворювань важливими є такі дії та методи:

- здоровий сон;
- збалансоване харчування;
- оздоровчі фізичні вправи, йога, інші рухові активності, в т.ч. дихальна гімнастика;
- навичка ідентифікації власних відчуттів;
- масаж, самомасаж;
- психологічна допомога (в т.ч. психологічний вплив - переконання, навіювання, гіпноз тощо);

- аутотренінг;
- медитації;
- вплив функціональною музикою та кольором;
- формування нових нейронних зв'язків;
- зміна діяльності тощо [21; 31; 35; 36].

Висновки до розділу 3

На основі проведеного дослідження серед 66 респондентів можемо зробити наступні висновки:

3. Негативні емоції переважають у людей з середньою (52,9%) та низькою (100,0%) якістю життя. Від емоційного стану може залежати інтенсивність скарг щодо фізичного здоров'я, відповідно він може сприяти виникненню і розвитку психосоматичних розладів. Зауважимо, що статистично значимі відмінності між результатами груп відсутні. Для підтвердження гіпотези варто збільшити вибірку респондентів та провести додаткові дослідження.

4. Люди з низькою якістю життя вважають (100,0% опитуваних), що складність життєвих проблем вища за здатність їх вирішувати, відповідно, схильні знімати з себе відповідальність. Всі вони відчують негативні емоції та 50,0% з них не вважають себе позитивно налаштованими і мають найвищу інтенсивність скарг на фізичне здоров'я (понад 40 балів набрали по ГО), 50,0% - високу (від 20 до 39 балів по ГО). З цього випливає, що невпевненість у здатності долати проблеми може сприяти виникненню психосоматичних розладів. Для підтвердження гіпотези необхідно збільшити вибірку респондентів та визначити наявність статистичної значущості.

Особи з середньою якістю життя, незважаючи на те, що у 52,9% випадків відмітили, що відчують переважно негативні емоції і інколи вважають, що складність їх життєвих проблем є вищою за можливість їх вирішувати (17,6%), лише у 29,4% відчують високу інтенсивність скарг по

ГО (від 20 до 39 балів).

Люди з високою якістю життя у більшості випадків (95,2%) вважають, що здатні вирішувати їх життєві проблеми і, відповідно, беруть на себе відповідальність. 14,3% з них переважно відчують негативні емоції, вони частіше спостерігають зв'язок початку хвороби зі стресом (76,2%). Серед них 61,9% відмітили високу інтенсивність скарг на відчуття тілесних симптомів (набрали від 20 до 39 балів по ГО). Тобто особи з високою якістю життя краще відстежують зміни у своєму тілі, але їх вимогливість до себе тримає їх в певній напрузі, що призводить до виникнення психосоматичних хвороб.

Можемо зробити висновок, що відношення людини до вирішення проблем, відповідно і до її хвороб, має зв'язок з інтенсивністю скарг на фізичне здоров'я та на виникнення психосоматичних розладів.

5. Виникнення і розвиток психосоматичних захворювань можуть бути пов'язані також зі статтю людини, родом її діяльності, її здатності відстежувати відчуття у тілі та вмінням долати стресові ситуації тощо. Для отримання статистично значимих відмінностей між результатами слід провести дослідження серед більшої кількості респондентів, які підтверджують та які заперечують наявність психосоматичних захворювань, як серед жінок, так і серед чоловіків.

6. Можливий зворотній зв'язок: хвороби можуть змінювати емоційний стан людини та формувати її відношення до хвороби.

7. Найбільшу роль у профілактиці та реабілітації психосоматичних розладів відіграє відношення людини до свого фізичного та психоемоційного стану, її відкритість до нового та готовність діяти по-іншому.

ВИСНОВКИ

Відповідно до мети та завдань, які було сформульовано на початку дослідження теми взаємозв'язку негативних емоцій та психосоматичних розладів, було зроблено наступні висновки:

1. Проаналізовано психологічну літературу з проблеми виникнення психосоматичних хвороб та виявлено, що вони виникають в процесі життєдіяльності людини і залежать від:

- генетичних факторів;
- світосприйняття людини;
- реакцій на зовнішні обставини;
- поведінкових факторів.

2. Здійснено теоретичний аналіз та досліджено взаємозв'язок негативних емоцій та психосоматичних захворювань.

Психосоматичні захворювання називають «хворобами від нервів» і вони є результатом дії в т.ч. емоцій. Визначено, що негативні емоції діють на весь організм і є одним із чинників, які призводять до психосоматичних розладів.

3. Визначено, що основними методами дослідження взаємозв'язку негативних емоцій та психосоматичних хвороб є тести та опитувальники. Їх проводять з метою оптимізації психічного стану людини.

Проаналізовано сучасні підходи до організації заходів, спрямованих на вивчення взаємозв'язку негативних емоцій та психосоматичних хвороб.

Встановлено, що в основі підходів є дослідження ставлення пацієнта до його захворювання, визначення впливу хвороби на соціальний статус пацієнта, його емоційний стан та зміна емоційного стану під час протікання захворювання в процесі перебігу захворювання.

4. Проведено емпіричне дослідження взаємозв'язку негативних емоційних станів та психосоматичних розладів.

По відповідям 66 респондентів визначено, що:

- негативні емоції частіше відчувають особи з середньою та

низькою якістю життя. Інтенсивність скарг стосовно фізичного здоров'я може бути пов'язана з емоційними переживаннями, які можуть бути пов'язані з виникненням та розвитком психосоматичних захворювань. Статистично значимі відмінності між результатами серед порівнюваних груп відсутні. Гіпотезу доречно перевірити додатково, збільшивши вибірку респондентів;

- отримано статистично значущі результати, які показують, що відношення особи до вирішення її життєвих труднощів (в т.ч. захворювань), пов'язане з інтенсивністю скарг на тілесне здоров'я та з психосоматичними розладами;

- психосоматичні захворювання залежать також від статі особи, роду її діяльності, її уміння відстежувати свої відчуття та справлятися зі стресовими ситуаціями тощо. Щоб отримати статистично значущі відмінності між результатами, необхідно провести дослідження на більшій вибірці респондентів, включаючи людей з психосоматичними розладами та без них серед обох статей;

- можливий і зворотній взаємозв'язок: захворювання здатні впливати на емоційний стан людини;

- турботливе відношення людини до свого тіла, навички саморегуляції психоемоційного стану та відкритість до нових дій є найважливішими чинниками для профілактики психосоматичних розладів.

Перспективи подальших емпіричних досліджень є у розширеному вивченні взаємозв'язку вищого рівня негативних емоцій з вищою частотою та інтенсивністю психосоматичних розладів, т.я. гіпотеза підтверджена частково. Отримані результати сприятимуть розробці нових підходів до профілактики та лікування психосоматичних захворювань.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Біленко А. Дослідження зв'язку між ставленням до хвороб та впливом негативних емоцій на виникнення психосоматичних розладів. *Mechanisms of Development of the Scientific and Technical Potential of Modern Society*: матеріали XL Міжнародна науково-практична конференція (25-27 вересня 2024 р., Зальцбург, Австрія). Р. 200-204. URL: https://isu-conference.com/wp-content/uploads/2024/09/Mechanisms_of_development_of_the_scientific_and_technical_potential_of_modern_society_September_25_27_2024_Salzburg_Austria.pdf (дата звернення: 05.10.2024).
2. Букатару Ю., Рева М., Березяк К. Формування та класифікація психосоматичних розладів. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2020. №1 (11). URL: <https://bpsy.knu.ua/index.php/psychology/article/view/211/203> (дата звернення: 22.02.2024).
3. Варій М. Й. Психологія особистості: Навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2008. 592 с.
4. Вітенко І. С., Дутка Л. М., Зименковська Л. Я. Основи загальної і медичної психології: Навчальний посібник. Київ: Вища школа, 1991. 271 с.
5. Волошко Н. І. Психосоматичні хвороби як результат впливу негативних психологічних факторів. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*. 2015. №30. URL: <https://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/view/158041/157379> (дата звернення: 18.02.2024).
6. Грицюк І. М. Основи психосоматики: методичні матеріали для студентів спеціальності «Практична психологія». Луцьк: Вежа-Друк, 2016. 27 с.
7. Губенко І. Я., Карнацька О. С., Шевченко О. Т. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник. Київ: ВСВ «Медицина», 2013. 296 с.

8. Гура О. С. Теоретичні основи вивчення психосоматичних захворювань, спричинених розладами психосексуальної сфери особистості. *Вісник Дніпропетровського університету. Серія «Педагогіка і психологія»*. 2014. №20. С. 34-42. URL: https://www.researchgate.net/publication/307872747_TEORETICNI_OSNOVI_VIVCENNA_PSIHOSOMATICNIH_ZAHVORUVAN_SPRICINENIH_ROZLADA_MI_PSIHOSEKSUALNOI_SFERI_OSOBISTOSTI (дата звернення: 18.02.2024).
9. Загурська І. В., Трофімов А. Ю. Психологічні особливості емоційно-вольової сфери особистості залежно від професійної спрямованості (на прикладі професії актора). *Психологія і особистість*. 2016. № 1 (9) . С. 272-273 URL: <https://psychpersonality.pnpu.edu.ua/article/view/162610/161637> (дата звернення: 25.02.2024).
10. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці - сімейній медицині. Навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. 5-е вид., перероблене та доповнене. За заг. ред. Михайлова Б. В. Харків: ХМАПО, 2014. 328 с.
11. Климчук В. О. Математичні методи у психології. Навчальний посібник для студентів психологічних спеціальностей. Київ: Освіта України, 2009. – С. 85-88.
12. Коломоєць М. Ю. та ін. Теорії та концепції психосоматичних захворювань. *Буковинський медичний вісник*. 2008. Том 12. №1. С. 141-144. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/144949486.pdf> (дата звернення: 28.02.2024).
13. Косьянова О., Кириченко К., Кімінчижи М. Взаємозв'язки показників невротизації особистості та її соціально-психологічної адаптації. *Наука і освіта*. 2022, № 4. С. 50. URL: https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2022/4_2022/9.pdf (дата звернення: 27.02.2024).
14. Лисенкова І. П. Когнітивний підхід у дослідженні емоційної сфери. *Психологія і особистість*. 2018. № 2 (14). С. 59-69. URL:

<https://psychpersonality.pnpu.edu.ua/article/view/163839/162802> (дата звернення: 22.02.2024).

15. Марута Н. О., Коростій І. С., Кожина Г. М., Гуменюк Л. М. Довідник сімейного лікаря з питань психосоматики. За ред. Вітенка І. С. Київ.: «Здоров'я», 2012. 384 с.

16. Методики вивчення повсякденного стресу і способів розв'язання кризових життєвих ситуацій. За ред. Т. М. Титаренко. Київ: Міленіум, 2009. 120 с.

17. Методичні вказівки щодо семінарських занять і самостійної роботи з навчальної дисципліни «Основи психосоматики» для студентів денної та заочної форм навчання зі спеціальності 053 - «Психологія» освітньо-професійної програми «Психологія» освітнього ступеня «Магістр» / Укладач к. псих. н., доц. Р. М. Білоус; Рецензент д. психол. н., проф. О. В. Соловійов. Кременчук: Редакційно-видавничий відділ Кременчуцького національного університету, імені Михайла Остроградського, вул. Університетська, 20, м. Кременчук, 39600, 2023. 82 с.

18. Михайлишин У. Б. Теоретико-методологічні основи визначення емоційних станів у сучасній психології. *Pedagogical and psychological sciences: regularities and development trends: Collective monograph*. Riga, Latvia: "Baltija Publishing", 2020. Р. 170-187. URI: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/51876> (дата звернення: 29.02.2024).

19. Мозгова Г. П., Ханецька Т. І., Якимчук О. І. Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія: Навчальний посібник. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. - 383 с.

20. Муляр В.І. Смыслжизнєві орієнтири особистості. *Вісник Житомирського державного технологічного університету*. Філософські науки. 2006. № 1. С. 67-80.

21. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

22. Біленко А. В., Кулаковський Т. Ю., Можаровська Т. В. Негативні

емоції як чинник розвитку психосоматичних розладів: колективна монографія. *Scientific multidisciplinary monograph*. Decision № 02-2024/1. Р. 157-161. URL: <https://drive.google.com/file/d/1v6Gh5ZAPLJ698jR8KEfHa-FyAdyES-2E/view> (дата звернення: 08.11.2024)

23. Паламарчук О. С. Особливості функціонального стану автономної нервової системи під впливом глибокого дихання в режимі біологічного зворотного зв'язку: монографія. Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2021. 128 с. URI: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/37439> (дата звернення: 25.02.2024).

24. Партико Т. Б. Загальна психологія: підручник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: Видавничий Дім «Ін Юре», 2008. 416 с.

25. Перетятко Л. Г., Тесленко М. М. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. *Психологія і особистість*. 2017. № 2 (12) . С. 137-147. URL: <https://psychpersonality.pnpu.edu.ua/article/view/163639/162552> (дата звернення: 25.02.2024).

26. Практична психосоматика: діагностичні шкали: Навчальний посібник. За заг. ред. О. О. Чабана, О. О. Хаустової. 2-ге видання, виправлене і доповнене. Київ: Видавничий дім Медкнига, 2019. 112 с.

27. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник матеріалів VII Всеукраїнської науковопрактичної конференції (28 жовтня 2022 року). Уклад. В. С. Бліхар. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2022. 412 с.

28. Психологічне вивчення особового складу Збройних Сил України. Методичний посібник. / Кокун О. М. та ін. Київ: ФОП Маслаков, 2019. — 288 с.

29. Психологія емоцій. Регуляція емоцій: практикум з дисципліни "Психологія" / укладачі: З. А. Сивогракова, Н. В. Алексеєнко; кафедра філософії та соціології. Харків: УкрДУЗТ, 2017. 42 с. URI: <http://lib.kart.edu.ua/handle/123456789/3123> (дата звернення 03.03.2024).

30. Психосоматика та психологія здоров'я: комплекс робочих

навчальних програм (для підготовки студентів спеціальності 053 — Психологія освітньої програми «Психосоматика та психологія здоров'я» освітньо-кваліфікаційного рівня «Бакалавр» та освітньо-кваліфікаційного рівня «Магістр»). За редакцією проф. Г. П. Мозгової. Авт. кол. кафедри психосоматики та психологічної реабілітації факультету психології. Вид. 2. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2020. 427 с.

31. Пфайфер Самюель. Психосоматика: Як ми можемо розуміти мову тіла? Переклад з нім. І. Давиденко. Львів: Свічадо, 2023. 56 с.

32. Середа І. В. Основи психосоматики: навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів з курсу за змішаною формою навчання. Миколаїв: Видавець Румянцева Г. В., 2022. 156 с.

33. Сучасні методи і засоби для визначення і діагностування емоційного стресу: монографія. За заг. ред. О. П. Мінцера. Вінниця: ВНТУ, 2010. 228 с.

34. Теоретичні основи посттравматичного зростання військовослужбовців – учасників бойових дій: метод. посіб. / Кокур О. М. та ін. Київ: ТОВ «7БЦ», 2023. 148 с.

35. Фельдман Барретт Ліза. Як народжуються емоції. Переклад з англійської Ярослава Лебеденка. Харків: Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2018. 480 с.

36. Філіпов М. М. Психофізіологія людини: навчальний посібник. Київ: МАУП, 2003. 136 с.

37. Харченко Д. М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень: навчальний посібник. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2015. 280 с.

38. Чала Ю. М., Шахрайчук А. М. Психодіагностика: навчальний посібник. Харків: НТУ «ХП», 2018. 246 с.

39. Червинська О. М. Психосоматика. Психосоматичні розлади. Психосоматичний підхід. *Український науково-медичний молодіжний журнал*, 2013. №2 (73) С. 70-72. URL:

<https://mmj.nmuofficial.com/index.php/journal/article/view/641/528>

(дата

звернення: 18.02.2024).

40. Щербакова І. М., Харченко Т. Г. Психологія: теорія і практика. Навч. посібник □ для студентів вищ. навч. закл. □. Суми: Видавництво СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2023. 364 с.

41. Eysenck H. J., Eysenck S. B. Y. Manual of the Eysenck Personality Questionnaire: London, 1975. P. 47.

42. Kruskal W. H., Wallis W. A. Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American Statistical Association*. 1952, 47. № 260. P. 583-621.

43. Mann H. B., Whitney D. R. On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *Annals of Mathematical Statistics*. 1947. № 18. P. 50-60.