

Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

(повне найменування вищого навчального закладу)

Факультет психології та соціальної роботи

(повне найменування інституту/факультету)

кафедра загальної психології та психологічного консультування

(повна назва кафедри)

Д и п л о м н а р о б о т а

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

на тему: «**Психологічні особливості соматизації особистостей з різними типами структури особистості.**»

«Psychological features of somatization of personalities with differentty pesofpersonality structure»

Виконала: студентка ___денної___ форми навчання

спеціальність 053 _____ Психологія

Клименко Марина Олегівна

Керівник д.псих.н., професор, Литвиненко Ольга Дмитрівна

_____ підпис

Рецензент к. псих. н., доцент Оріщенко О.А.

Рекомендовано до захисту:

Протокол засідання кафедри

№ _____ від _____ 201__ р.

Завідувач кафедри

_____ (підпис)

_____ (ПШ)

Захищено на засіданні ЕК № _

протокол № _ від _____ 201__ р.

Оцінка _____ / _____ / _____

(за національною шкалою, шкалою ECTS, бали)

Голова ДЕК

_____ (підпис)

_____ (ПШ)

Одеса – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОМАТИЗАЦІЇ У ЛЮДЕЙ З РІЗНИМИ ТИПАМИ СТРУКТУРИ ОСОБИСТОСТІ.....	6
1.1. Аналіз поняття соматизації в психологічній літературі.....	6
1.2. Структура особистості та її типи.....	13
1.3. Вплив особистісного розвитку на процеси соматизації.....	17
Висновок до першого розділу.....	28
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ СОМАТИЗАЦІЇ ТА СТРУКТУРИ ОСОБИСТОСТІ.....	30
2.1. Методологія проведення дослідження.....	30
2.2. Опис вибірки досліджуваних.....	36
Висновок до другого розділу.....	37
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОМАТИЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТЕЙ З РІЗНИМИ ТИПАМИ СТРУКТУРИ.....	39
3.1. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів.....	39
3.2. Статистична обробка даних.....	57
Висновки до третього розділу.....	62
ВИСНОВКИ.....	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	67
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність дослідження. Людина постійно перебуває під впливом стресогенних факторів, що призводить до актуалізації механізмів психологічного захисту. Одним з таких механізмів є соматизація. Вважається, що близько 30 % осіб, які звертаються за медичною допомогою, страждають не на соматичні захворювання, які були причинами їх звернення до лікаря, а різними формами соматизації. Однак сучасна медицина, як і раніше, недооцінює роль психологічних факторів у виникненні соматичних захворювань, концентруючись насамперед на усуненні симптомів, а не на з'ясування причин виникнення.

Згідно з літературними даними, соматизацію можна визначити як складний механізм психологічного захисту, що поєднує в собі елементи витіснення та регресії. Як і інші механізми психологічного захисту, соматизація не є патологією чи відхиленням від норми. В такому контексті вона може розглядатися тільки якщо вона стає єдиним механізмом захисту, що реалізується, або використовується свідомо. З цього погляду важливим є розгляд специфіки структури психологічного захисту у таких людей та механізмів, що призводять до виникнення та закріплення схильності до використання соматизації.

Соціальна значущість проблеми, та її недостатнє вивчення і зумовили вибір теми нашого дослідження.

Об'єктом дослідження є соматизація як механізм психологічного захисту.

Предметом дослідження є особливості соматизації залежно від типу особистості в осіб юнацького віку.

Мета дослідження – теоретично проаналізувати та емпірично дослідити особливості прояву соматизації залежно від особистісних характеристик людини.

Відповідно до об'єкту, предмету і поставленої мети було визначено такі завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми соматизації у психологічній літературі.
2. Визначити закономірності особистісного впливу на розвиток соматизації особистості

3. Емпірично дослідити та проаналізувати зв'язок між показниками соматизації та характерологічними особливостями індивіда.

4. Розробити практичні рекомендації щодо особистісного зростання як способу зменшення негативного впливу соматизації на людину.

У дослідження використовували такі **методи**:

- Теоретичні: аналіз, порівняння, систематизація, узагальнення теоретичного й емпіричного матеріалу;

- Емпіричні: спостереження, бесіда, опитування, констатувальний експеримент. На різних етапах дослідження використовувались такі психодіагностичні методики: Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник, анкету-опитувальник, яка дозволяє визначити наявність або відсутність схильності особистості до соматизації, шкалу явної тривожності ТМАС Дж. Тейлора, Особистісний опитувальник Айзенка, Я-структурний тест Аммона.

- Математичні – t-критерій Стюдента, коефіцієнт кореляції Пірсона для підтвердження статистичної значимості отриманих результатів.

Експериментальна база дослідження: заклад вищої освіти, використання Google Forms . У ході дослідження було опитано 100 студентів, віком від 19 до 22 років.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що емпірично досліджено і проаналізовано детермінанти виникнення соматизації, які можуть бути використані для розробки психологічних тренінгів, групових та індивідуальних психологічних консультацій. Результати також можуть бути також включені у навчальний матеріал для студентів-медиків, психологів тощо.

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел із 53 найменувань, 3 додатків. Основний зміст роботи викладено на 69 сторінках комп'ютерного набору. Робота містить 6 таблиць, 21 рисунок на 14 сторінках. Повний обсяг роботи становить 84 сторінки, з них –8 сторінок – додатки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОМАТИЗАЦІЇ У ЛЮДЕЙ З РІЗНИМИ ТИПАМИ СТРУКТУРИ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Аналіз поняття соматизації в психологічній літературі

Відомо, що зв'язок між ментальними (психічними) функціями та фізичними (тілесними) симптомами становлять значну проблему щодо як усвідомлення їх самим хворим, так і інтерпретації лікарем. З одного боку, це призводить до неправильної оцінки та тлумачення власних відчуттів хворим, що тягне за собою багаторазове звернення до лікарів, з іншого боку – до труднощів лікарської діагностики, що вимагає виключення органічної природи захворювання та визначення психічної/психологічної його основи. В даний час соматизація розладів, коли фізичні симптоми неблагополуччя можуть бути викликані психічними, психологічними, емоційними факторами, - дуже поширене явище в клінічній практиці [28].

Під соматизацією розуміється процес «конверсії» психічних переживань у соматичні симптоми [20]. Вважається, що крім впливу на цей процес стресу істотне значення мають такі фактори, як алексетимія, анозогнозія, когнітивний дефіцит та нездатність диференціювати відчуття [14], які відображають специфічні преморбідні індивідуально-типологічні девіації. Традиційно поняття «конверсії» відносять до так званих істеричних механізмів. Проте «соматизуватися» можуть і фобічні, і тривожні, і психічні депресивні розлади [3]. Соматизація при афективній патології є захисним механізмом, спрямованим проти усвідомлення депресивного або тривожного афекту.

Соматизація може виявлятися як один, але частіше — кілька симптомів, серед яких болі різної локалізації, запаморочення, загальна слабкість, нудота, багато неврологічних симптомів. Вочевидь, що у останні десятиліття соматизація психічних/психологічних розладів є превалюючою складовою серед усієї групи розладів даного реєстру. Так, поширеність афективних порушень у «чистому

вигляді» (з домінуванням тривоги та депресії), без соматичних масок, у практиці невролога незначна. У той самий час частка соматизованих емоційних розладів сягає 32-40% [10].

Незважаючи на безліч версій щодо переважання сучасних соматизованих форм емоційних розладів, причина цього залишається до кінця не ясною. Серед можливих варіантів – зміна психології сучасної людини з неприйняттям психічних симптомів як ознак хвороби, їх витісненням та запереченням необхідності пред'являти лікареві відповідні скарги [6]. У очах багатьох пацієнтів можливість послатися наявність фізичних, а чи не психічних патологічних проявів дозволяє «виправдати» їх статус хворого.

Одна з найстаріших теорій про причини соматичних розладів передбачає, що соматизація - це спосіб уникнення психологічного стресу. Відповідно до цієї моделі соматизація розладів є захистом від «психологічного болю», що дозволяє в більшості випадків уникнути тавра психіатричного діагнозу. Таким чином, деякі хворі неусвідомлено підміняють симптоми тривоги або депресії, що відбуваються, розвитком фізичних симптомів.

Клінічні форми психічних/психологічних розладів, що лежать у основі соматизації, різноманітні. Це можуть бути тривожні розлади, депресія, дисоціативні, соматоформні розлади. Незважаючи на відмінності у складових цих розладів (біологічних, когнітивних, емоційних та поведінкових), є й деякі «зони перекриття» цих складових. Можливо, це частково пояснює певний рівень коморбідності дисоціативних та соматоформних розладів із тривогою, панікою, біполярними розладами та депресією [8].

Узагальнюючи підсумки дискусій та обговорень, ряд вчених визначив соматизацію як схильність переживати психологічний стрес на фізіологічному рівні [7]. Подібні визначення пропонуються та іншими авторами: «вираження особистого та соціального дистресу через тілесні скарги з пошуком медичної допомоги» (Kleinman, Kleinman) або "використання соматичних симптомів для досягнення психологічних цілей" [38].

Кірмейєр та інші автори наголошують, що соматизація перекриває різні клінічні категорії, являючи собою, таким чином, клінічно неоднорідне явище, і тому не може бути представлена як однорідний патологічний процес [39].

У своєму фундаментальному огляді щодо соматизації Р. Келнер ототожнює її з функціональними соматичними симптомами. Узагальнюючи різні погляди, він дає таке визначення: «соматизація означає від одного до декількох соматичних симптомів, таких як втома, гастроентеральний або уринальний біль, для яких при відповідних обстеженнях або не знаходять жодної органічної основи, або встановлюють сильне перебільшення, порівняно з органічною патологією, що виявляється, фізичних скарг і пов'язаних з ними соціальних та професійних обмежень» (Kellner, 1990, с.151) [40]. Як впливає із цього визначення, Келнер уникає вказівки на психологічний механізм соматизації, залишаючи це питання відкритим. Разом з тим, наведені вище огляди та визначення свідчать про явно намічений консенсус щодо того, що вчені мади на увазі під соматизацією.

У 80-ті роки Ескобар та його співавтори виділяють три найбільш часто вживані в даний час значення цього поняття (Escobar et al., 1987, 1989):

1. «Первинна» соматизація, чи соматизація у вузькому значенні цього терміну, – як функціональний чи так званий соматоформний розлад. Головний критерій – присутність тілесних симптомів та стурбованість ними. Для встановлення діагнозу подібного розладу з 37 найбільш типових соматичних проявів за DSM-III повинні бути принаймні чотири симптоми у чоловіків і шість - у жінок. У цьому систематичне дослідження кожного симптому має виявляти явну органічну етіологію.

2. Соматизація як «супутній» вторинний розлад, пов'язаний, скажімо, з шизофренією, афективними та тривожними порушеннями.

3. Соматизація як «маскований» розлад, коли при скаргах на соматичні симптоми є явні вказівки на високу ймовірність депресії (наприклад, вказівки у вигляді біологічних сімейних, генетичних передумов). У цих випадках пропонується говорити про приховану депресію або депресивний «еквівалент» [36].

Одним із важливих негативних наслідків пандемії може бути зростання соматизації. (Haug T. T., Mykletun A., & Dahl A. A., 2004 [37]; Prout T. A. et al., 2020 [43]; Shevlin M., Nolan E., et al., 2020 [47] Yifan T. et al., 2020 [52]). Нещодавнє дослідження в провінції Хубей та неендемичних провінціях (Yuan S. et al., 2020) продемонструвало зв'язок між соматичними симптомами та рівнем тривожності протягом перших 2 тижнів спалаху COVID-19 [52]. У міру зниження показників тривожності спостерігалось відповідне зменшення соматичних симптомів. Підкреслюється, що пандемічні фактори, такі як занепокоєння, соціальна ізоляція, несприятливий вплив засобів масової інформації, занепокоєння про близьких, обмежений доступ до послуг охорони здоров'я, пов'язані не тільки зі зростанням проблем психічного здоров'я. (Luo M., Guo L., Yu M., Jiang W., & Wang H., 2020 [41]; Yao H., Chen J. H., & Xu Y. F., 2020 [51]), вони також створюють "perfect storm" (ідеальний шторм) для розвитку стійких соматичних симптомів (Willis C. & Chalder T., 2021) [53].

Згідно з Н. Мак-Вільямсом, захисні механізми поділяються на первинний та вторинний рівні залежно від того, наскільки вони перешкоджають індивіду вірно сприймати реальність. Мак-Вільямс відносить соматизацію до механізму регресії. Один з її виявів - це відчуття фізичного недугу без медичних підстав та прояви іпохондричності, що схиляють до ролі слабкого. Коли регресія стає стратегічним вибором для подолання труднощів, така особа може бути охарактеризована як інфантильна.

М. Шур запропонував модель десоматизації та ресоматизації [44]. Згідно з нею в ранньому дитинстві для людини характерне єдине «психофізіологічне переживання». Афекти в значній мірі пов'язані з супровідними їх соматичними процесами. Наприклад, дитина відчуває страх (реакція на психічному рівні) і водночас тремтить. Потіє, прискорено дихає (реакція на соматичному рівні).

М. Шур описує подальший розвиток дитини як процес десоматизації, в ході якого лібідозні та агресивні енергетичні напруження удосконалюються. Стають зрілішими як психічні, і соматичні механізми, диференціюються центральна і вегетативна нервова системи, поліпшується координація і довільне управління

рухами, удосконалюються процеси сприйняття, дитина стає мобільнішою. У міру дорослішання вегетативні процеси лібідозної та агресивної напруженості дедалі більше відходять на задній план [46].

М. Шур вважав, що активні дії та соматичні реакції поступово замінюються мовою та внутрішніми переживаннями. Однак, внаслідок того чи іншого несприятливого розвитку та стресових факторів нормальний процес десоматизації може обернутися регресією у формі ресоматизації афекту [45]. У ситуаціях внутрішньої чи зовнішньої небезпеки відбувається повернення подоланого соматичного способу реагування. Психосоматичний симптом виникає, коли при сильному навантаженні порушується психодинамічна рівновага та відбувається раптовий прорив несвідомого матеріалу у формі преєдипальних та едипальних інстинктивних бажань та механізми захисту. Я не спрацьовують. Усі форми психосоматичних розладів супроводжує «нарцисичний регрес», що проявляється в органічній симптоматиці. У межах цієї концепції регресивної симптоматики Шур встановлює також зв'язок між конверсійними симптомами та його органічним еквівалентами.

Психосоматична хвороба (Шур) - хвороба слабкого его пов'язана з поверненням на попередні стадії розвитку. Шур розглядав психосоматичну регресію як крок назад до початкового рівня, де душа і тіло ще реагували як єдине ціле, соматично розряджаючи напругу. Ресоматизація можлива за «слабкості» та нестабільності «Я», коли в обтяжливих ситуаціях активізуються несвідомі, невротичні конфлікти, а під тиском невпевненості в собі може настати регрес на інфантильно-соматичні, фізіологічні форми реагування. Передбачається, що звична фіксація таких форм реагування відповідає постулату специфічності, а «вибір органу» визначається як ранніми дитячими травмами, так і спадковою схильністю. Лікування – робота у формуванні та зміцненні меж его [45].

Особливості нового інфекційного захворювання, можливість прихованого перебігу та раптового погіршення стану сприяють посиленню пильності щодо стану соматичного здоров'я. Було показано, що тривожність, пов'язана зі страхом захворювання на коронавірус, може прогнозувати загальні соматичні симптоми,

зокрема втома, за якими слідують шлунково-кишкові (ЖКТ) симптоми (Shevlin M., Nolan E., et al., 2020 [47]). У Китаї у 140 медсестер інтенсивної терапії було виявлено кілька соматичних симптомів: (а) задишка (30,7%), запаморочення (17,9%); (б) головний біль (19,3%), нудота (21,4%) ; (с) дискомфорт/серцебиття в грудях (31,4%), ксеростомія (15,7%) та втома (15%) (Yifan T. et al., 2020 [52]), вони були значною мірою пов'язані з побоюваннями щодо зараження COVID-19.

Ще одним фактором зростання рівня соматизації може бути перенесене захворювання COVID-19. У наведених дослідженнях зростання соматизації часто немає звіту про будь-які тести на наявність захворювання COVID-19 або про те, що захворювання було раніше перенесено. Таким чином, ми не можемо бути впевнені, що учасники не відчували симптомів фактичної інфекції COVID-19, на відміну від соматичних ефектів тривоги, оскільки такі симптоми, як втома, зберігаються після гострої стадії розвитку низки різних вірусів. Попередні пандемічні віруси коронавірусу (MERS) і (SARS) також були пов'язані з втомою у перенесли захворювання 40,3% тих, хто вижив після SARS, повідомили про проблему хронічної втоми, при цьому 27,1% відповідали критеріям для синдрому хронічної втоми (Lam M. H. et al., 2009). Повідомлялося також, що стомлюваність є довгостроковим хронічним результатом (до 40 місяців) після інфікування принаймні в однієї третини пацієнтів з MERS (Ahmed H. et al., 2020 [32]). Враховуючи розвиток стомлюваності після зараження рядом вірусів, включаючи попередні пандемії коронавірусу, можна припустити, що інфекція COVID-19 становитиме аналогічну загрозу. говорити про тривалий коронавірус і навіть ввести спеціальний термін "Long covid" (Nabavi N., 2020) [42]. Термін «тривалий ковід» був придуманий для опису таких симптомів, як задишка, втома та біль у суглобах, які тривають протягом місяців після зникнення початкової інфекції (Nabavi N., 2020). Люди з «тривалим ковідом», повідомляють, що їхнє повсякденне функціонування порушено, а деякі з них не можуть повернутися до роботи і свого колишнього активного способу життя [42].

Соматичні симптоми, що зберігаються після інших інфекцій – шлунково-кишкові симптоми синдрому подразненого кишечника (Spiller R. & Garsed K., 2009 [48]). Про шлунково-кишкові симптоми не так широко повідомляється, як про інші гострі симптоми при COVID-19, такі як лихоманка та кашель. Однак там, де шлунково-кишкові симптоми виявлені, існує ризик збільшення тривалості інфекції, оскільки вони можуть проявлятися до респіраторного дистрес-синдрому та можуть імітувати інші розлади шлунково-кишкового тракту, такі як запальне захворювання кишечника (Smyk W et al, 2020) [50]

Відомим фактором ризику розвитку стійких соматичних симптомів є ПТСР (Afari N. et al., 2014) [33]. Однак поки немає досліджень про соматичні симптоми у зв'язку з діагностованим посттравматичним стресовим розладом, пов'язаним з COVID-19.

Посттравматичний стресовий розлад може розвинути після впливу стресових умов ізоляції/карантину, важкої втрати, тривоги з приводу інфікування, тяжкого перебігу захворювання та потрапляння в реанімацію (Boygaz G. & Legros D. N., 2020). Враховуючи, що у людей у 2,7 рази вища ймовірність розвитку стійких соматичних симптомів після впливу травми (Afari N. et al., 2014) очікується збільшення соматичних симптомів під час та після пандемії ковід-19 [33].

Обговорення, коментарі та пости на тему SARS-CoV-2 (CO-VID-19) часто зустрічаються у соціальних мережах та інтернет-медіа. Вже опубліковано низку досліджень того, як відбивається психологічне неблагополуччя під час пандемії у репліках у соцмережах, у висловлюваннях про пандемію.

Отже, нами розглянуто особливості соматизації, історію досліджень цього поняття та сучасний погляд на питання соматизації. Авторами виділено види соматизації («первинна» соматизація, соматизація як «супутній» вторинний розлад, соматизація як «маскований» розлад), а також деякі особливості, виявлені на сьогодні внаслідок переживання пандемії коронавірусу.

1.2. Структура особистості та її типи

У теорії З. Фрейда структура особистості представлена як така, що складається із трьох областей: несвідомого (ід), свідомості чи самосвідомості (его) та надсвідомості (супер-его).

До складу несвідомої частини особистості, за З. Фрейдом, входять два основних інстинкти: інстинкт життя, лібідо (Ерос), що спонукає людини до збереження та продовження життя; та інстинкт смерті (Танатос). Ці два інстинкти не усвідомлюються людиною, але, проте, спонукають людину постійно шукати способи найбільш повної їхньої задоволення. Реалізуючи ці інстинкти, несвідомо слідуючи їм, людина діє, з принципу задоволення.

Однак, живучи в суспільстві, постійно перебуваючи серед вихованих, цивілізованих та культурних людей, людина не має можливості відкрито задовольняти свої біологічні інстинкти, оскільки умови життя в суспільстві, що існують у ньому і прийняті самою людиною моральні, правові та інші норми накладають обмеження не лише на публічне задоволення, але навіть на відкритий вияв цих інстинктів. З дитинства в суспільстві людину виховують таким чином, щоб він стримував свої інстинкти, і людина зрештою навчається це робити. Соціально-культурні норми стають частиною його особистості, що входять до її структури під назвою «супер-его» (психічна структура, що містить соціальні норми, установки, моральні цінності суспільства). Ця частина особистості управляє поведінкою людини, виходячи з прийнятих норм моралі та почуття обов'язку. Его (з лат. "ego" - "я") - сукупність переважно усвідомлюваних людиною пізнавальних та виконавчих функцій психіки, відповідає за прийняття рішень, забезпечує безпеку та самозбереження організму, задоволення бажань та потреб у соціально прийнятною формою

В рамках психодинамічної теорії особистість є система сексуальних та агресивних мотивів, з одного боку, та захисних механізмів - з іншого, а структура особистості є індивідуально різне співвідношення окремих властивостей, окремих блоків (інстанцій) та захисних механізмів.

Захисні механізми З.Фрейд розглядає як свідому або несвідому стратегію людини, до якої вона звертається, коли імпульси, що йдуть з боку несвідомого, загрожують її психологічному благополуччю, породжують стан тривоги. Усі захисні механізми, по З. Фрейду, мають дві загальні характеристики: вони діють на несвідомому рівні і тому є засобами самообману; вони спотворюють, заперечують чи фальшують правильне сприйняття реальності.

За Ненсі Мак-Вільямс існує 4 рівні розвитку особистісної організації (відбиває рівень індивідуації людини чи ступінь патології):

- Невротичний
- Прикордонний (межовий)
- Психотичний

І всередині цих рівнів існує певний захисний стиль, яким людина користується контактувати зі світом. Загалом те, що ми звикли називати типом характеру людини. Їх за Мак-Вільямс 9:

- Психопатичний (антисоціальний)
- Нарцисичний
- Шизоїдний
- Параноїдний
- Депресивний та маніакальний
- Мазохістичний
- Обсесивний та компульсивний
- Істеричний
- Дисоціативний

Ми всі маємо у своєму арсеналі риси кількох особистісних стилів і залежно від ситуації використовуватимемо різні особистісні аспекти. Чим більше людей порушено, тим більше стереотипні захисту він використовуватиме.

І кожен із цих типів користуються певними захисними механізмами, які бувають 2 видів:

Первинні (примітивні) захисту – примітивна ізоляція, заперечення, всемогутній контроль, примітивна ідеалізація та знецінення, проєктивна ідентифікація, розщеплення (splitting).

Вторинні (вищого порядку) захисту - витіснення, проєкція, витіснення, інтроекція, ізоляція, регресія, інтелектуалізація, моралізація, компартменталізація (роздільна мислення), раціоналізація, анулювання (undoing), зсув, реактивне утворення, поворот проти себе, реверсія, ідентифікація, acting out), сублімація та сексуалізація (інстинктуалізація).

О. Кернберг використовує термін «структурний аналіз» для опису відносин між різними рівнями організації психічного функціонування. Інтерналізовані об'єктні відносини, вважає він, конституюють субструктури Его, які, своєю чергою, є ієрархічно організованими. О. Кернберг стверджує, що існують три структурні організації: невротична, прикордонна та психотична. Основними структурними критеріями рівня особистісної організації є рівень інтеграції ідентичності, рівень захисних операцій, здатність до тестування реальності. Діагноз прикордонної особистісної організації, за О. Кернбергом, базується на трьох структурних критеріях:

- дифузія ідентичності;
- рівень примітивних захисних операцій;
- збережена, але при цьому знижена здатність до тестування реальності.

Психоаналітична теорія Джонсона С.М. дозволяє встановити первинні витоки та коріння характерологічних проблем, пов'язаних із ранніми рішеннями таких екзистенційних проблем людського існування як задоволення потреб, прихильність, самовизначення та самореалізація.

Суть теорії Джонсона С.М. полягає в інтеракції між трьома змінними:

- 1) проявами у розвитку вроджених потреб, специфічних для існування;
- 2) здатності найближчого оточення підлаштовуватися та реагувати (задовольняти) ці потреби;
- 3) еволюція емоційних, біхевіоральних та когнітивних здібностей дитини подолання невдач у спробах оточення пристосуватися до цих потреб.

В основі формування певного типу характеру, на думку Джонсона С.М., лежить поведінка перенесення в найширшому сенсі, що відображає приховані та несвідомі відносини "Я-об'єкт", або захисту, що застосовуються проти цих перенесень. Інакше кажучи, провідні риси характеру є «похідною особистісних стереотипних відповідей на природну органічну реакцію на фрустрацію інстинктивних потреб людини, викликану оточенням».

Джонсон С.М. виділяє сім типів (моделей) характеру: шизоїдний, оральний, симбіотичний, нарцисичний, мазохістський, істріонічний, нав'язливо-компульсивний. Слід зазначити, що автор теорії вважає ці типи «моделями і більше», вважаючи, що у принципі кожна поведінка (з різною мірою вираженістю) може місце у кожній структурі характеру. Тим не менш, комплекс або патерн поведінки сигналізує про велику ймовірність наявності певної характерологічної проблеми.

У розглянутих теоріях особистості особлива увага надається вивченню структури особистості та умов формування властивостей особистості. Але недостатня увага надається саме динаміці психічного життя особистості. У динамічному підході до вивчення якісних змін в особистості і тенденцій її розвитку О. Саннікова дійшла висновку, що в умовах швидкої і багатоманітної соціальної дійсності особистість повинна змінювати свої психофізіологічні якості для того, щоб «зберегти стійкість таких важливих параметрів як життєві цілі, цінності, принципи, моральні якості». Вона підкреслює положення по те, що особистість розвивається у діяльності, не можна тлумачити в тому смислі, що всяка діяльність є умовою розвитку особистості.

Важливими компонентами у структурі особистості М. Боршевський вважав темперамент, спрямованість (як систему потреб, інтересів, ідеалів), здібності (як систему інтелектуальних, вольових і емоційних властивостей). Він піддавав критиці зведення психології особистості до індивідуально-психологічних особливостей людини. Розкриваючи поняття особистості П. Горностай запропонував класифікацію потреб, що лежать в її основі. У своїх теоретико-методологічних дослідженнях видатні вітчизняні педагоги

висвітлюють три ключові риси особистості: орієнтованість, сукупність діяльностей і соціальні відносини. Щодо орієнтованості, її вони розглядають як визначальну характеристику особистості, що формує систему її психологічних рис.

1.3. Вплив особистісного розвитку на процеси соматизації

Однією з найпоширеніших психодинамічних теорій розвитку особистості є теорія розвитку особистості Еріка Еріксона, основними твердженнями якої є наступні:

1. Відсутність антагоністичності соціуму.
2. Особистість формується від народження до завершення життя.
3. Розвиток особистості відбувається протягом послідовних стадій її життя.
4. Періоди життя, як етапи розвитку людини, однакові для усіх індивідів.
5. Існує 8 послідовних періодів життя.
6. Будь-яка стадія цього розвитку людина може проходитись як благополучно, так і не благополучно.
7. Зміна однієї стадії на іншу супроводжується особистісною кризою.
8. У кожній кризі втрачається его-ідентичність, а завдання психотерапії - її повернути.

Проаналізуємо ці засади детальніше

У концепції психоаналізу Я і соціум, Ід і Супер-Его представлені як антагоністичні, протилежні один одному компоненти особистості. Ерік Еріксон став розділяти ритуали та традиції і стверджував, що взаємодносини особистості та соціуму можуть бути в рамках співробітництва, що забезпечують адекватний розвиток особистості.

Принцип «особистість формується від народження до смерті» є ще однією суперечністю класичного психоаналізу, де розвиток людини описувалося лише у вигляді психосексуального розвитку. Проте, розвиток особистості для Еріка

Еріксона — неактивне особистісне зростання, де основним є не вирішення тих чи інших цілей, а «гармонія із самим собою».

Особистість формується через поступові стадії життя. На думку Еріка Еріксона, у розвитку індивіда є деякі важливі послідовні стадії, які має пройти кожна людина у своєму життєвому розвитку.

Теорія досліника – це епігенетична теорія. Епігенез – існування цілісного вродженого плану, що виділяє основні етапи розвитку.

На думку Е. Еріксона розвиток особистості триває все життя, причому усі стадії розвитку відзначаються специфічним для них конфліктом, конструктивне вирішення якого забезпечує перехід людини на нову стадію

Перша стадія - від народження людини до року, конфлікт довіри та недовіри;

Друга стадія - від одного року до двох років, конфлікт автономії та сумніву;

Третя стадія - з трьох до шести років, конфлікт підприємливості та неадекватності;

Четверта стадія співвідноситься з «латентним періодом», конфлікт творчості і комплексу неповноцінності;

П'ята стадія - юність, відбувається ідентифікація особистості та плутанина ролей;

Шоста стадія - ранній дорослий етап, конфлікт близькості та самотності;

Сьома стадія – пізня дорослість, конфлікт між продуктивністю та деградацією;

Восьма стадія - конфлікт цілісності та безнадійності.

Сприятливе вирішення таких конфліктів забезпечує появу «новоутворення», або «чесноти» («virtues»). Назви цих чеснот предтавлені у порядку їх поступового набуття: надія, воля, мета, впевненість, вірність, любов, турбота та мудрість.

Розглянемо кожен з цих етапів. Дитинство

1. Довіра та недовіра

Перша стадія розвитку особистості відповідає стадії оральної фази класичного психоаналізу та стандартно охоплює перший рік життя. У цей період, вважає Еріксон, розвивається такий параметр соціального спілкування, позитивним полюсом якого є довіра, а негативним — недовіра.

Міра довіри, якою дитина може мати по відношенню до навколишнього світу, до інших оточуючих і до самої себе, великою мірою залежить від турботи, що проявляється до неї. Немовля, яке має все, що хоче, потреби якого адекватно задовольняються, яке довго не відчуває фрустрації, якого носять на руках і пестять, з яким граються і спілкуються, відчуває, що навколишнє середовище, загалом, місце безпечне, а дорослі — чуйні та добрі. Якщо ж немовля не отримує відповідного догляду, не отримує дбайливої турботи, то в ній формується недовіра — страх і підозрілість у ставленні до світу взагалі, до інших дорослих зокрема, і недовіра як характеристика впливатиме на формування особистості на подальших етапах її становлення.

Сприятливе вирішення цього конфлікту – надія.

На цьому етапі може виникнути соматизація як результат несформованої довіри до навколишнього світу, яка підвищуватиме ризик виникнення тривожності, деструктивної поведінки. Недостатнє задоволення потреби у безпеці сприятиме виникнення труднощів в взаємодію з своєю тілесністю, адже людина погано відчуватиме своє тіло, матиме несформоване уявлення про свої емоції та відчуття.

Досягнення рівноваги

2. Самостійність та нерішучість (автономія та сумніви)

Наступна стадія охоплює період до третього року життя, співпадаючи із анальною фазою фрейдизму. У цей час, вважає Е. Еріксон, у дитини формується самостійність на базі розвитку її рухових та психічних здібностей. Протягом цієї стадії дитина засвоює різні рухи, навчається не лише ходити, а й повзати, відкривати та закривати, пхати та тягнути, тримати, відпускати та перекидати. Малята радіють і пишаються своїми новими здібностями і намагаються все робити самостійно: розгортати цукерки, діставати вітамін з бульбашки,

спускати в унітазі воду і т.д. Якщо батьки дають можливість малюку робити те, що вона добре вміє, а не стримують її, у дитини формується відчуття, що вона добре володіє своїми м'язами, своїми бажаннями, самою собою і значною мірою контролює своїм середовищем — тобто у дитина з'являється самостійність.

Коли з цієї стадії малюк вийде з завченою невпевненістю, це негативно відгукнеться в подальшому на самостійності і в підлітковому віці, і в дорослої людини. І навпаки, дитина, яка сформувала на цій стадії значно більше самостійності, ніж сором'язливості і нерішучості, буде добре підготовленою до формування самостійності надалі.

Сприятливе вирішення цього конфлікту – воля.

Отже, на цьому етапі існує ризик виникнення схильності до соматизації, оскільки дитина може бути надто сконцентрована на своїх переживаннях. Разом з тим. На нашу думку, ця стадія не є сприятливою для формування схильності до соматизації.

3. Підприємливість та почуття провини (в іншому перекладі — Підприємливість та неадекватність)

Третій етап зазвичай триває від чотирьох до п'яти років. Дошкільник вже володіє численними фізичними навичками. Він сам починає придумувати власні заняття, а не лише реагує на дії інших дітей чи слідує за ними. У цьому віці винахідливість проявляється як у мові, так і в здатності до фантазії. За соціальним параметром на цьому етапі, за словами Еріксона, розвивається співвідношення між підприємливістю і почуттям провини. Багато в чому визначається, як батьки реагують на капризи дитини, і це впливає на те, яка з цих якостей переважатиме у її характері. Діти, які мають можливість обирати моторні заняття та самостійно займатися фізичною активністю, розвивають підприємливість. Це також сприяє інтелектуальній підприємливості, коли батьки підтримують ініціативу дитини, відповідають на її запитання та не обмежують її можливість фантазувати і розпочинати нові ігри.

На цій стадії здебільшого проходить інтелектуальний розвиток людини, тож мало ймовірно є виникнення схильності до соматизації, яка більше пов'язана із незрілістю емоційної сфери особистості

Сприятливий вирішення цього конфлікту — ціль.

4. Вмілість та неповноцінність (творчість та комплекс неповноцінності)

Четвертий етап охоплює вік від шести до одинадцяти років, що відповідає періоду початкової школи. У класичному психоаналізі його називають латентною фазою. Протягом цього періоду виявлення кохання сина до матері та ревності до батька (в разі дівчат) залишається прихованим. Дитина розвиває здатність до логічного мислення, участі в організованих іграх та участі у структурованих заняттях.

Тільки тепер, наприклад, діти добре вчать грати в камінці та інші ігри, де треба дотримуватися черговості. Еріксон каже, що психосоціальний параметр цієї стадії характеризується вмілістю з одного боку та почуттям неповноцінності – з іншого.

У цей час дитина проявляє збільшений інтерес до того, як влаштовані речі, і вивчає можливості їх володіння, а також можливості адаптації до конкретних потреб. Коли дітей заохочують робити що завгодно, будувати курені та авіамоделі, варити, готувати і рукодільництво, коли їм дозволяють довести розпочату справу до кінця, хвалять і нагороджують за результати, тоді у дитини виробляється вміння та здатність до технічної творчості.

На цьому етапі, проте, дитина вже не обмежена просторами свого будинку. Поряд із сім'єю важливу роль у його вікових кризах починають грати й інші громадські інститути. Тут Еріксон знову розширює рамки психоаналізу, який досі враховував лише вплив батьків на розвиток дитини.

Сприятливе вирішення цього конфлікту – впевненість.

На цій стадії здебільшого проходить творчий, креативний розвиток людини, тож мало ймовірно є виникнення схильності до соматизації, яка більше пов'язана із незрілістю емоційної сфери особистості

Криза підліткового віку

5. Ідентифікація особистості та плутанина ролей

Під час переходу до п'ятої стадії (вік 12-18 років) дитина, за твердженням класичного психоаналізу, стикається з пробудженням "кохання та ревнощів" до батьків. Успішне подолання цієї проблеми залежить від того, чи знайде підліток об'єкт своєї любові серед своєї власної групи. Еріксон визнає наявність цього виклику для підлітків, але також вказує на інші труднощі. Фізіологічний і психічний розвиток підлітка призводить до появи нових почуттів і бажань, а також до формування нового світогляду та підходу до життя. Ці нові особливості включають зацікавленість у думках інших людей і їхньому власному враженні про себе. Підлітки можуть створювати уявний ідеал сім'ї, релігії чи суспільства, який вони порівнюють із реальними, але недосконалими умовами. Підліток здатен висловлювати або приймати теорії та світогляди, які обіцяють вирішити всі протиріччя і створити гармонію. Він є нетерплячим ідеалістом, переконаним, що створити ідеал на практиці не важче, ніж уявити його теоретично.

Е. Еріксон стверджує, що під час цього періоду взаємодії з оточуючими параметр коливається між позитивним полюсом ідентифікації "Я" та негативним полюсом плутанини ролей. Іншими словами, підлітку, який розвиває здатність до узагальнень, необхідно об'єднати всі аспекти своєї особистості – як учня, сина, спортсмена, друга і так далі. Він повинен узгодити всі ці ролі в єдине ціле, зрозуміти їх, пов'язати з минулим і визначити майбутнє. У разі успішного вирішення цього завдання, юнак отримає психосоціальну ідентифікацію, що дозволить йому відчувати свою особистість, розуміти своє положення та визначати напрямок руху.

У випадку неспроможності вирішити завдання ідентифікації через складнощі в дитинстві або труднощі в повсякденному житті, підліток починає проявляти симптоми плутанини ролей і відчуття невпевненості в розумінні своєї істинної особистості та належності до певного середовища.

Сприятливе вирішення цього конфлікту – вірність.

Під час підліткового етапу життя людини ймовірно є зацикленість на внутрішніх переживаннях, підвищується тривожність, змінюються настрої. Це

стає сприятливим фоном для розвитку іпохондрії, депресивності, надмірній концентрації на тілі. Відповідно, підлітковий вік є сприятливим для формування соматизації як механізму психологічного захисту

Конфлікти середнього віку

6. Близькість та самотність

Шостий етап життєвого циклу означає початок зрілості, або, іншими словами, період сімейного життя і сепарації, що відбувається від кінця юності до початку середнього віку. Е. Еріксон, враховуючи утворення «Я», що відбулося на попередній стадії, та включення людини в процес трудової діяльності, вказує на конкретний параметр для цього періоду, що розташований між полюсами близькості та самотності.

Під поняттям близькості Еріксон розуміє не лише фізичну близькість, але й здатність дбати про іншу людину і ділитися з нею всім важливим, не боячись втратити власну ідентичність. Якщо у відносинах, будь то шлюб чи дружба, відсутня ця близькість, Еріксон вважає, що це може призвести до самотності, коли людині немає з ким ділити своє життя та кого опікуватися.

Сприятливе вирішення цього конфлікту – любов.

На нашу думку, людина, яка гостро та негативно переиває самотність, може бути більш схильною до розвитку соматизації.

7. Людяність та самопоглиненість (продуктивність та застій)

Сьомий етап – це зрілий вік, коли діти вже стали дорослими, а батьки стали активно зайняті певними видами діяльності. На цьому етапі з'являється новий параметр особистості, який охоплює людяність на одному полюсі і самопоглибленість на іншому.

Під людяністю Еріксон розуміє здатність цікавитися життям і долею людей за межами власного сімейного кола. Це включає в себе роздуми про майбутні покоління, формування майбутнього суспільства і організацію майбутнього світу. Такий інтерес до наступних поколінь не обов'язково пов'язаний із власними дітьми; він може існувати у кожній людині, яка активно турбується про молодь і прагне створити умови для легшого життя та роботи в майбутньому. У тих, кому

відсутнє це відчуття спільноти з людством, увага спрямована на себе, і їхні головні прагнення зорієнтовані на задоволення власних потреб і комфорту.

Сприятливий вирішення цього конфлікту — турбота.

8. Цілісність та безнадійність

Восьма та остання стадія у класифікації Еріксона відзначає період, коли основна життєва діяльність завершена, і людина починає роздумувати. Психосоціальний параметр цього періоду розташований між цілісністю та безнадійністю. Відчуття цілісності та задоволення виникає у тих, хто, оглядаючи минуле, відчуває радість. Однак ті, кому здається, що їхнє життя складається з послідовності втрачених можливостей та невдалих спроб, розуміють, що починати все знову вже надто пізно, і минулого не повернеш. Такі особи охоплює відчуття відчаю при усвідомленні того, яким могло б стати їхнє життя, але не стало.

Сприятливе вирішення цього конфлікту – мудрість.

Кожен етап свого життя людина може пройти як успішно, так і не успішно. Успішне проходження зазвичай залежить від того, наскільки успішною була попередня розвиткова дорога особи та від загального благополуччя соціального середовища.

Війни, соціальні кризи та інші удари долі заважають людині вдало пройти ще один етап свого життєвого шляху.

Ерік Еріксон не працював з людьми, які займаються активним особистісним зростанням та розвитком, що розвивають себе за планом і свідомо. Еріксон описував те, що відбувається у стихійному розвитку особистості, включаючи елементи особистісної деградації. Соматизація, будучи варіантом регресії особистості, може виникати саме як прояв такої деградації, оскільки людина стає більш зацикленою на собі, на своїх фізичних симптомах та хворобах.

Уявлення про розвиток як послідовність психосоціальних криз — як мінімум, неочевидне. Так, на певному етапі свого життя людина може зіткнутися з альтернативними варіантами розвитку, і відповідно до її вибору особистісний розвиток може пройти позитивним і гармонійним чином або, навпаки, виявитися

негативним, з порушеннями в розвитку та розладами в емоційно-особистісній та пізнавальній сферах. Позитивне вирішення кризи сприяє формуванню позитивного новоутворення чи сильної якості особистості; негативне - деструктивного новоутворення, що перешкоджає формуванню егоїдентичності. Саме такому випадку і виникає ризик соматизації, як спосіб пережити особистісні конфлікти та невдачі.

Можна виділити кілька теоретичних напрямів, що у явному чи неявному вигляді спираються на цю ідею в поясненні соматизації в нормі та патології.

По-перше, у концепції алекситимічної особистості труднощі диференціації та описи своїх тілесних відчуттів, емоційних переживань і когніцій розглядаються як фактор ризику соматичних скарг та психосоматичних захворювань [15]. У пізніших концепціях алекситимія розцінюється як проблема емоційної регуляції, що виявляються на рівнях відчуттів, емоцій та уявлень [18].

По-друге, у когнітивному підході запропоновано поняття соматосенсорної ампліфікації [14] як поєднання надмірної сприйнятливості, чутливості до своїх відчуттів із когнітивною стратегією їхньої катастрофізації. Соматосенсорна ампліфікація використовується як пояснювальний конструкт для розуміння симптомоутворення при іпохондричних, а дещо пізніше - і при соматоформних розладах [18]. Подальший розвиток цього підходу дозволив запропонувати інші когнітивні стратегії, тісно пов'язані із приверненням уваги до тілесної сфери, - переконання у слабкості та вразливості свого тіла, надмірна важливість здоров'я та здорового способу життя тощо. [].

По-третє, для культурно-історичного підходу в психосоматиці [2] та психології тілесності [7] одне з найважливіших положень полягає в тому, що тілесність як особливий психологічний феномен формується в онтогенезі у взаємодії дитини та дорослої через опосередкування фізіологічних процесів системою соціокультурних уявлень та способів саморегуляції щодо здоров'я та хвороби. При цьому поділяються процеси первинного визначення (що опосередковують категоризацію, локалізацію, назву відчуттів), вторинного позначення (осмислення відчуттів у контексті знань і переживань про здоров'я та

хворобу) та особистісного сенсу (осмислення здоров'я та хвороби в контексті життя та прагнень особистості).

Реакція людини на соматичну хворобу може мати патологічний характер або проявлятися психічно адекватним усвідомленням факту хвороби. Нервово-психічні розлади при соматичних захворюваннях, зазвичай, включають психічні симптоми, пов'язані з реакцією особистості на захворювання. Реакція людини на хворобу залежить від гостроти та темпу розвитку захворювання, її уявлення про нього, характеру лікування, психотерапевтичного супроводу, особистісних рис хворого та ставлення родичів і колег до хвороби.

Згідно з А. Бурленій, існують різноманітні варіанти відношення до хвороби, які визначаються загальними особливостями особистості: астенодепресивний, психоастенічний, іпохондричний, істеричний, ейфорично-анозогнозичний.

У випадку астенодепресивного варіанту спостерігається емоційна нестійкість, нетерпимість до подразників та зменшення спонукання до тривожності. Цей стан сприяє неправильному ставленню до хвороби, сприйняттю всіх подій у негативному ключі, що зазвичай негативно впливає на перебіг захворювання і обмежує успішність лікування.

В психоастенічному варіанті хворий переповнений впевненістю в найгіршому сценарії, очікує серйозних наслідків, постійно консультиється з різними лікарями, нагадує симптоми хвороби, які відомі у родичів або знайомих, та знаходить їх прояви у власному стані.

В іпохондричному варіанті менше виявляється тривога та сумніви, але виражене переконання в тому, що хвороба присутня.

У випадку істеричного варіанту все великою мірою перебільшується. Емоційні та схильні до фантазування особистості переживають хворобу, приділяють їй надзвичайне, особливе значення та вирішують в ній випадки неперевершеної страждань. Вони потребують підвищеної уваги, звинувачують оточуючих у нерозумінні та недостатньому співчутті до своїх страждань.

Ейфорично-анозогнозичний варіант характеризується байдужістю до власного здоров'я, запереченням хвороби та відмовою від медичних обстежень і призначень.

Вплив на реакцію особистості та її підтримку під час хвороби залежить від кількох чинників:

1. Характер діагнозу.
2. Зміни у фізичному стані та зовнішності.
3. Зміна соціального статусу в сім'ї та суспільстві.
4. Життєві обмеження, втрати, пов'язані з хворобою.
5. Необхідність лікування та проведення операцій.

Поведінка та реакція хворого під час хвороби перш за все залежать від структури особистості щодо хвороби. Багато дослідників стверджують, що адекватність реакції визначається ступенем зрілості особистості та її інтелектуальними здібностями. У незрілих, інфантильних особистостей, які мають риси дитячості, часто спостерігаються витіснення і заперечення щодо хвороби або "втеча в хворобу".

У тривожних, астеничних осіб серйозні захворювання часто викликають реакцію тривоги та напруження, які можуть перерости в депресивно-іпохондричні стани.

Реакція на хворобу також залежить від віку хворого, варіюючи від повного ігнорування хвороби до трагічного сприйняття, "втечі в хворобу" та іпохондричної фіксації. Настрій та установка особистості стосовно видужування або хвороби мають важливе значення для розвитку та перебігу різних хвороб.

В даний час психологічні особливості особистості, пов'язані з виникненням психосоматичних захворювань, на ранніх періодах життя вивчаються на підставі багатофакторних моделей, зокрема запропонованої О. Литвиненко щодо афективних розладів з урахуванням макросоціальних факторів. У ряді робіт, присвячених психогенній соматизації в підлітковий період, робиться акцент на індивідуально-типологічних особливостях особистості та дитячо-батьківських відносинах (.

На етапі проблема соціально-психологічних особливостей «психосоматичної моделі» особистості перебуває в початковому етапі розробки. Відповідно до О. Федоренко, соціально-психологічні особливості особистості розглядаються як комунікативні якості, що формуються у процесі спілкування та взаємодії з іншими людьми. Психосоматичні прояви розглядаються у поведінковій моделі як реакція «втечі-боротьби» чи «відступу-самозбереження» у ситуації загрози з боку соціального оточення.

Отже, нами розглянуто питання особистого розвитку, яке ми визначаємо як особливий розвиток особистості, який полягає в неухильному, постійному розвитку особистості, метою якого є єдність з світом, людьми та самим собою. Виявлено, що існують певні індивідуально-психологічні особливості, які можуть впливати як на процеси сприйняття хвороби, так і на процеси соматизації.

Висновок до першого розділу

Підводячи підсумки з питань теоретичного вивчення особливостей соматизації з різними типами особистості, можна зробити такі узагальнюючі висновки.

Аналіз методологічних підходів до проблеми психосоматичних захворювань у вітчизняній і зарубіжній психології свідчить про те, що постає теоретична та практична необхідність вивчення психічних процесів, які протікають безпосередньо під час і перед виникненням психосоматичних розладів. Тенденція зростання кількості психосоматичних захворювань в сучасному суспільстві, пов'язана з швидким темпом життя, розвитком цивілізації, технічним прогресом, напруженим стилем життя.

Розглянуто провідні теорії соматизації, зокрема ідеї Н. Мак-Вільямс (визначення соматизації як одного з проявів механізму захисту регресії), М. Шура (розробка моделі десоматизації та ресоматизації), К. Кірмеєра (патопсихологічний підхід до визначення соматизації). Частину роботи присвячено аналізу особливостей соматизації хвороби коронавірусу та їх психологічних наслідків, що є зразком одного з наймасштабніших за впливом на психологічних стан людства захворювання.

Розглянуто епігенетичну теорію розвитку особистості Еріка Еріксона, яка передбачає вісім основних періодів життя людини: 1) від народження до року, конфлікт між довірою та недовірою; 2) від року до двох, конфлікт між автономією та сумнівом; 3) від трьох до шести років, конфлікт між підприємливістю та неадекватністю; 4) етап відповідає фрейдівському «латентному періоду», конфлікт між творчістю і комплексом неповноцінності; 5) юність, ідентифікація особистості та плутанина ролей; 6) ранній дорослий період, конфлікт між близькістю та самотністю; 7) пізній дорослий період, конфлікт продуктивності та застою; 8) конфлікт цілісності та безнадійності. На кожному з цих етапів існують ризики виникнення соматизації, оскільки непроходження такого етапу є регресією в розвитку особистості, затримкою і поверненням до більш раннього періоду функціонування психіки, акцентуванні на фізичному та інстинктивному. Відповідно, соматизація може бути проявом такого повернення до концентрації на тілесних проявах функціонування індивіда.

Науковці зазначають, що психосоматичні відхилення виступають об'єктом дослідження не лише у медицині, а й в інших галузях знань: фізіології (для дослідження фізіологічних процесів формування розладів), психології (для дослідження психологічних чинників, що призводять до виникнення розладу), психіатрії (для пошуку впливів на психічні відхилення, що призводять до формування психосоматичних розладів), соціології (для з'ясування впливу соціальних чинників на формування психосоматичного розладу) та ін.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ СОМАТИЗАЦІЇ ТА СТРУКТУРИ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Методологія проведення дослідження

Експериментальне дослідження, заплановане нами, буде складатись із трьох етапів – підготовчого (підбір діагностичного інструментарію, формування вибірки, планування процедури експерименту), проведення експерименту та аналіз результатів (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Етапи експериментального дослідження

Розглянемо методики, які будуть використані у дослідження.

Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI) - особистісний опитувальник, створений в 1940 р. С. Хатусеєм і Дж. Маккінлі. Цей тест є реалізацією типологічного підходу до вивчення особистості.

Нижче представлені основні клінічні шкали MMPI:

Шкала іпохондрії (HS) — визначає «близькість» обстежуваного до астено-невротичного типу особистості;

Шкала депресії (D) — призначена для визначення ступеня суб'єктивної депресії, морального дискомфорту (гіпотимічний тип особистості);

Шкала істерії (Hy) — розроблена для виявлення осіб, схильних до невротичних реакцій конверсійного типу (використання симптомів фізичного захворювання в якості засобів вирішення складних ситуацій);

Шкала психопатії (Pd) — спрямована на діагностику соціопатичного типу особистості;

Шкала маскулінності — фемінності (Mf) — призначена для вимірювання ступеня ідентифікації досліджуваного з роллю чоловіка або жінки, визначених суспільством;

Шкала параної (Pa) — дозволяє зробити висновок про наявність «надцінних» ідей, підозрливості (параноїдальний тип особистості);

Шкала психастенії (Pt) — встановлюється збіг обслідуваного з хворобливими, страждаючими фобіями, нав'язливими діями і думками (тривожно-чутливий тип особистості);

Шкала шизофренії (Sc) — спрямована на діагностику шизоїдного (аутичного) типу особистості;

Шкала гіпоманії (Ma) — визначає ступінь «близькості» досліджуваного до гіпертимного типу особистості;

Шкала соціальної інтроверсії (Si) — діагностика ступеня відповідності інтровертованого типу особистості. Клінічна шкала не є, додана в опитувальник в ході його подальшого розвитку;

Для діагностики особливостей соматизації нами було розроблено анкету-опитувальник, яка дозволяє визначити наявність або відсутність схильності особистості до соматизації. Основою розробленої нами анкети стала праця О. А. Левади та О. С. Троян, в якій здійснено опис діагностичних рис соматичних симптомів:

- наявність симптомів, які призводять до порушення якості життя (зокрема, біль);
- наявність нав'язливих думок про свої симптоми, наприклад, тривога про здоров'я;

- присвячується велика кількість енергії цим симптомам та проблемам;
- постійність цих симптомів.

Опираючись на описані симптоми, нами було складено опитувальник, представлений на Таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Анкета визначення схильності до соматизації особистості

Текст питання	Обґрунтування питання
Чи є у вас хронічні захворювання? Якщо так, то які?	Відсіювання респондентів, які мають хронічні хвороби, і симптоми яких можуть бути обґрунтовані органічними порушеннями
Вкажіть, будь ласка, які органічні порушення ви відчуваєте останні 6 місяців:	Визначення кількості симптомів
Оцініть рівень вашого занепокоєння цими симптомами (від одного – дуже слабо, до 10 – дуже сильно)	Визначення вираженості симптомів
Скільки часу ви думаєте про ці симптоми (від одного – дуже мало часу, до 10 – дуже багато часу)	Визначення міри занепокоєння симптомами
Наскільки сильно ви стурбовані своїми симптомами? (від одного – дуже слабо, до 10 – дуже сильно)	Визначення міри занепокоєння симптомами
Як часто ви відвідуєте лікаря? (від одного – дуже рідко, до 10 – дуже часто)	Визначення міри вираженості симптомів, тривожності
Наскільки ви чутливі до болю? (від одного – нечутливі, до 10 – дуже чутливі)	Визначення чутливості до болю, оскільки сильна чутливість властива людям із вираженою соматизацією

Як часто ви змінювали свій звичний ритм життя через описані симптоми? (від одного – дуже рідко, до 10 – дуже часто)	Визначення міри впливу симптомів на життя досліджуваного
Чи впливає ваше самопочуття на стосунки з іншими людьми? (від одного – дуже рідко, до 10 – дуже часто)	Визначення міри впливу симптомів на життя досліджуваного
Чи часто ви втомлюєтеся? (від одного – дуже рідко, до 10 – дуже часто)	Підвищена чутливість є симптомом схильності до соматизації особистості.

Отже, відповідаючи на питання, зазначені в таблиці, респондент демонструє наявність або відсутність схильності до соматизації. Для переведення якісних даних у кількісні необхідно додати обрані числові показники, та визначити загальну суму, отриману респондентом по анкеті. Порівнюючи ці показники, ми зможемо визначити міру схильності до соматизації, та матимемо дані порівняння та аналізу.

Також, зважаючи на тісний зв'язок появи соматичних симптомів з тривожністю та нейротизмом [], нами здійснено діагностику цих властивостей за допомогою опитувальників, описаних нижче

Для визначення рівня тривожності було використано шкалу явної тривожності ТМАС Дж. Тейлора. Було обрано 42 пункти, які вважалися найбільш визначальними для виявлення проявів хронічних тривожних реакцій у досліджуваних. Важливо відзначити, що наявність симптомів вказує лише на позитивні відповіді. Додатково, до цього варіанта включено 11 пунктів контрольної шкали, які виявляють тенденцію випробуваного віддавати соціально прийнятні відповіді, включаючи як позитивні, так і негативні.

Особистісний опитувальник Айзенка, який насправді спрямований на визначення темпераментних характеристик, представляє собою серію авторських опитувальників, призначених для діагностики особистості. За класифікацією Q-L-T, ці дані відносяться до Q-даних. Г. Айзенк,

проаналізувавши результати обстеження 700 солдатів-невротиків, прийшов до висновку, що усі описові риси можна узагальнити за допомогою двох основних чинників: екстраверсії (інтроверсії) і невротизму.

Перший з цих факторів є біполярним і відображає індивідуально-психологічну структуру особистості, де крайні полюси визначають орієнтацію людини на зовнішній світ (екстраверсія) чи на внутрішній світ (інтроверсія). Зазвичай вважається, що екстраверти характеризуються товариськістю, імпульсивністю, гнучкістю у поведінці, високою ініціативністю (але невисокою наполегливістю) та великою соціальною пристосованістю. Інтроверти, навпаки, виявляють некоммунікабельність, замкненість, соціальну пасивність (при великій наполегливості), тенденцію до самоаналізу і труднощі у соціальній адаптації.

Другий фактор - невротизм (або нейротизм) - відображає стан, що характеризує емоційну стійкість, рівень тривожності, самооцінку і можливі вегетативні розлади. Цей фактор також є біполярним і утворює шкалу, на одному полюсі якої розташовані люди з високою стійкістю, зрілістю і відмінною адаптованістю, а на іншому - особи з високою нервозністю, нестійкістю і поганою адаптованістю. Більшість людей розташовуються між цими полюсами, ближче до середини (згідно з нормальним розподілом).

Я-структурний тест Аммона (нім. Ich-Struktur-Test nach Ammon, сокр. ISTA) - клінічна тестова методика, розроблена G.Ammon в 1997 році на основі концепції динамічної психіатрії (1976 р.).

Тест складається з 220 тверджень, з кожним із яких досліджуваний повинен висловити свою згоду або невідповідність. Твердження групуються в 18 шкал, питання між шкалами не перетинаються.

Шкали, у свою чергу, групуються за шести основними Я-функціями, на діагностику яких вони і спрямовані. Це Агресія, Тривога/страх, Зовнішнє обмеження Я, Внутрішнє обмеження Я, Нарцисизм і Сексуальність. Кожна з цих функцій, за Аммоном, може бути конструктивною, деструктивною і дефіцитарною - що і вимірюється окремими шкалами (наприклад, конструктивна Агресія, деструктивна Сексуальність, дефіцитарний Нарцисизм).

Агресія в рамках концепції динамічної психіатрії розуміється як активна зверненість до речей і людей, як первинна орієнтованість на навколишній світ і відкритість йому, необхідні для задоволення потреб у спілкуванні та новинах. Це включає в себе здатність до зв'язування контактів, здорового інтересу, активного дослідження зовнішнього світу і стійкості в досягненні цілості. Концепція агресивності також включає в себе потенціал активності людини і її здатність до її реалізації. Агресія формується в рамках первинних симбіотичних відносин всередині первинної групи. В результаті байдужого або ворожого відношення первинної групи до дитини у неї формується відповідне переживання агресії - деструктивне або дефіцитарне.

Тривога / Страх є Я-функцією, що зберігає особистісну ідентичність у кризових ситуаціях, що інтегрує новий досвід у структуру особистості. Як регуляторна функція вона у своїй помірній інтенсивності забезпечує креативність, тобто зміну та гнучке впорядкування цілісності "Я". У патологічних формах може повністю блокувати активність особистості, чи позбавляти її зворотного зв'язку про наслідки вчинків. Тривога розвивається нормально при дотриманні золотой середини між охороною дитини від небезпеки та стимуляції до ризику. У разі гіперопікуючої позиції первинного соціуму дитина позбавляється можливості самостійно збагачувати свій життєвий досвід; у байдужому середовищі не формується реальна оцінка наслідків дії та/або бездіяльності.

Зовнішнє Я-відмежування є функцією, що дозволяє особистості усвідомити свою окремість, унікальність, насамперед - від первинного об'єкта. Внаслідок цього стає можливим справжня інтерперсональна взаємодія, сприйняття інших як окремих особистостей. При недорозвиненості цієї функції все "Я" залишається слабодиференційованим, тому що по суті, особистість позбавляється здатності до справжніх взаємин.

Внутрішнє Я-відмежування є функцією, що регулює інтрапсихічні процеси, що диференціює логіку та емоційність, свідому та несвідому частини особистості, актуальні переживання від слідів наявного досвіду. Таким чином,

внутрішнє Я-відмежування забезпечує можливість існування складноорганізованої особистості.

Нарцисизм визначає відношення людини до самої себе, відчуття самостійності цінності та значущості, виходячи з якої будується взаємодія з навколишнім світом. Це як відчуття цінності себе цілого, і окремих частин тіла (наприклад, руки), психічних функцій (наприклад, емоційних переживань), соціальних ролей тощо. У разі патологічних взаємин у значних соціальних групах нарцисизм набуває патологічної виразності, в результаті якої особистість, наприклад, може рятуватися втечею від реальності у світі власних фантазій.

Наведемо обґрунтування використання кожної методики, представлене у Таблиці 2.2.

Таблиця 2.3.

Обґрунтуванням психодіагностичного інструментарію

Назва методика	Мета використання
Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник	Визначення типів особистості, що дозволить пізніше виявити відмінності у проявах соматизації
Анкета визначення схильності до соматизації особистості	Визначення особливостей прояву соматизації: вираженості симптомів, занепокоєння ними тощо
Шкалу явної тривожності ТМАС Дж. Тейлора	У результаті теоретичного аналізу було виділено роль тривожності у формуванні соматизації. Завдяки цій методиці ми зможемо перевірити істинність таких тверджень, та виділити додаткові характеристики особистості, що підвищують або знижують ризик виникнення соматизації.
Особистісний опитувальник Айзенка	Обрані методики дають можливість розглянути особливості соматизації у розрізі двох додаткових типологій індивідуальних рис
Я-структурний тест Аммона	

2.2. Опис вибірки досліджуваних

Наступним завданням є формування вибірки. Учасники дослідження обирались серед студентів ЗВО методом випадкового відбору серед 1-4 курсів. Таким чином, сформовано вибірку з 100 досліджуваних, а саме: 72 жінок та 18 чоловіків віком від 19 до 22 років. Ці учасники утворили експериментальну групу досліджуваних.

У число опитаних увійшли студенти різних курсів навчання: 46,0% - студенти I курсу, 54,0% - студенти V курсу.

Сімейний стан респондентів. 90,0% студентів, які взяли участь в дослідженні, не перебувають у шлюбі, 5,0% складаються в незареєстрованому і 5,0% - в зареєстрованому шлюбі. 98,0% немає дітей, у 2,0% є одна дитина. Успішність студентів, які взяли участь в дослідженні. 16,0 випробовуваних вчаться в основному на «задовільно», 26,0% мають приблизно однакову кількість оцінок «добре» і «задовільно», 23,0% навчаються в основному на «добре», 24,0% мають приблизно порівну оцінок «добре» і «відмінно» і 11,0% навчаються на «відмінно».

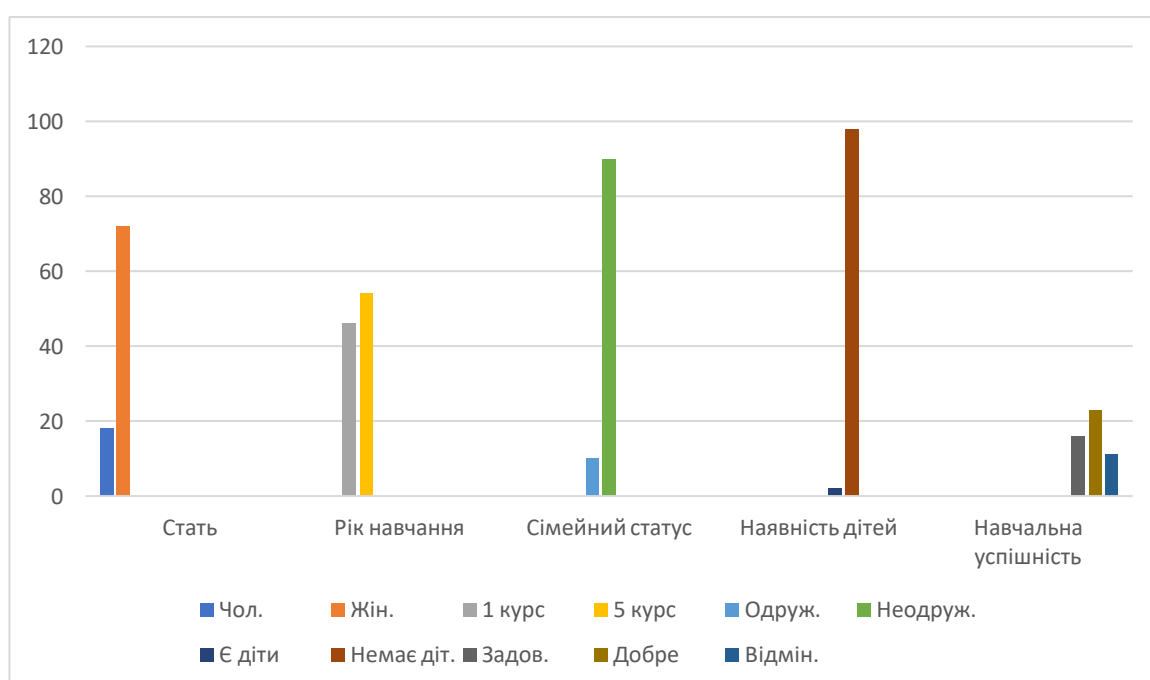


Рис. 2.2. Соціально-психологічна характеристика вибірки

Досліджувані проінформовані про методи, процедуру, тривалість та ціль дослідження.

Після формування вибірки було проведене емпіричне дослідження. Воно відбувалося за допомогою платформи Google Forms, відповідно, кожен учасник проходив опитування у зручний для нього час, у домашніх умовах.

Висновок до другого розділу

Отже, нами здійснено опис емпіричного дослідження, а саме констатувального експерименту, спрямованого на визначення особливостей соматизації у залежності від типу особистості.

Дослідження проведено у три етапи. На першому етапі здійснено підбір методик, підготовка тестового матеріалу на онлайн-ресурсі, пошук досліджуваних та безпосереднє проходження ними визначених психодіагностичних методик. Так, було вибрано методику Мінесотський багатоаспектний особистісний опитувальник для визначення профілей особистостей та переважаючих характеристик у структурі особистості кожного досліджуваного. Для діагностики особливостей соматизації нами було розроблено авторську анкету, яка дозволила визначити кількість та тип соматичних симптомів, їх частоту, рівень занепокоєння цими симптомами та їх вплив на якість життя досліджуваного. На подальших етапах дослідження буде здійснена математична обробка отриманих даних, після переведення якісних результатів у кількісні.

Далі відбувався пошук досліджуваних. Було сформовано вибірку із 100 осіб, чоловіків та жінок, студентів університету.

Після проведення дослідження буде описано результати та здійснено їх інтерпретацію.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОМАТИЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТЕЙ З РІЗНИМИ ТИПАМИ СТРУКТУРИ

3.1. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Отже, в нашому емпіричному дослідженні було використано наступні методики:

- Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник
- анкету-опитувальник, яка дозволяє визначити наявність або відсутність схильності особистості до соматизації
- шкалу явної тривожності ТМАС Дж. Тейлора.
- Особистісний опитувальник Айзенка
- Я-структурний тест Аммона.

Розглянемо результати, отримані по кожній із цих методик.

Проаналізуємо дані, отримані за допомогою Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника. Як уже зазначалося, у цьому опитувальнику виділено 10 шкал (іпохондрії, депресії, істрерії, психопатії, маскулінності-фемінності, параної, психастенії, шизофренії, гіпоманії, соціальної інтроверсії). У результаті обробки тестових бланків, нами було встановлено, що кожна анкета мала власний пік профілю особистості, певну акцентуацію характеру, яка свідчить про певні особливості реакцій на зовнішні подразники. Відсоткове співвідношення триманих результатів представлені у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Результати діагностики типу особистості за ММРІ

Назва шкали	Кількість досліджуваних, %	Назва шкали	Кількість досліджуваних, %
Шкала іпохондрії (HS)	7	Шкала параної (Па)	2

Шкала депресії (D)	9	Шкала психастенії (Pt)	5
Шкала істерії (Hy)	4	Шкала шизофренії (Sc)	2
Шкала психопатії (Pd)	1	Шкала гіпоманії (Ma)	1
Шкала маскулінності — фемінності (Mf)	3	Шкала соціальної інтроверсії (Si)	11

Отже, ми бачимо, що 7% досліджуваних мають виражену тенденцію до іпохондрії. Таким особам властиво хвороблива спрямованість на своє самопочуття, самоконтроль, прагненні відповідати соціальним вимогам оточення, стереотипна та орієнтована на встановлення соціальних контактів. Саме цьому типу особистості властива соматизація тривоги як захисний механізм, відповідно, саме такі досліджувані є найбільш вірогідно схильними до прояву психосоматичних розладів.

За шкалою депресії найбільше балів набрали 9 досліджуваних, яким властиво песимістичний настрій, уникнення невдач, акцентуванні своєї уваги на негативних аспектах свого буття. Таким особам властива інертність, невпевненість у собі, схильність до роздумів. Характерна підвищена потреба в розумінні та прийнятті. Аналогічно до попередньої шкали, цьому типу особистості характерна витіснення тривоги і біологічний спосіб захисту, тобто внутрішній психологічний конфлікт часто переходить у фізіологічне порушення.

Шкала депресії займає лідируючі позиції в 4% досліджуваних. Відповідно, їм властиві часта зміна настрою, гнучкість поглядів, схильність драматизувати та перебільшувати, поведінкові істеричні реакції, пошук публічності. Разом з цим, ми вважаємо, що таким особистостям характерні в помірній мірі тенденції до соматизації, оскільки вони приділятимуть велику увагу своєму зовнішньому вигляді, і можливо, будуть надмірно чутливі до тілесних змін.

Лише один досліджуваних продемонстрував «пік» на шкалі імпульсивності, або ж психопатії. Такій особі властива нетерплячість, схильність до ризику, високий рівень домагань, поведінкові реакції залежать від імпульсів та швидкоплинних бажань. Така людина мало себе контролює, мало продумує наслідки свої вчинків. Захисними механізмами є витіснення, яке супроводжується агресивністю та протестом. Відповідно, соматизація властива з низькою ймовірністю.

Шкала маскулінності-фемінності переважає у 3 досліджуваних. Не проводячи аналіз статі досліджуваних, ми розуміємо, що загострення по цій шкалі означає надмірну вираженість протилежної гендерної характеристики – тобто, у жінок маскулінності, а в чоловіків – фемінності. Може свідчити про труднощі у спілкуванні, або ж певних проблемах в сексуальній сфері. Ця шкала відображає тенденцію до сублимації сексуальної потреби в якийсь вид діяльності, яким заміняє реалізацію цієї потреби. Як і будь-яка схильність до заміщення, ця конкретно ця може свідчити про можливу соматизацію.

За шкалою параної найбільшу кількість балів набрали 2 досліджуваних. Їм властива надмірна схильність до образ, застрягання на певних почуттях, ригідність мислення, виражену тенденцію до пошуку справедливості. Такі люди сприймаються іншими як конфліктні, як такі, що постійно скаржаться на життя. Зважаючи на це, хоча їм і мало притаманна соматизація як механізм захисту, про вони все ж схильні до постійних скарг та концентрації на власних проблемах.

5 досліджуваних продемонстрували найвищі показники за шкалою психастенії. Їм властива надмірна тривожність, висока чутливість, реактивність. Існує велика ймовірність залежності від думки інших. Особливостями цього типу особистості є підвищене відчуття відповідальності, скромність, тривога через дрібні життєві проблеми. Помітна схильність до співпереживання, постійної самоперевірки, адже вони зазвичай дуже вимогливі до себе. Висока ймовірність виникнення соматизації, яка супроводжуватиметься підвищеним почуттям провини, комплексом неповноцінності, появою нав'язливих ритуалів.

Шкала шизофренії знаходиться на високому рівні у 2 опитаних, яким властива схильність до роздумів, позиція спостерігача, небажання діяти. Така людина більшою мірою зайнята своїми фантазіями, мисленнєвими конструкціями, ніж взаємодією з реальним світом. Вона має творчу спрямованість, потребу у вираженні своєї індивідуальності, їм важко адаптуватися через властивий для них нон-конформізм. На нашу думку, тісного зв'язку цього типу особистості із схильністю до соматизації, немає.

Виявлено одну особу, яка має пік за шкалою гіпоманії. Таким особам властива висока оптимістичність, життєлюбство, впевненість у собі та позитивна самооцінка. Разом з тим, вони більше орієнтовані на мовленнєву активність, а не на реальні дії. Таким особам властиве заперечення, що навряд чи пов'язане з соматизацією внутрішніх психологічних конфліктів.

За шкалою соціальної інтроверсії найбільше балів набрали 11 досліджуваних. Вона відповідає за пасивність, зверненість у внутрішній світ, відсутність потреби бути включеним у навколишнє середовище.

Як бачимо, наявність суттєвих підвищених показників по шкалах зафіксована у 45% досліджуваних. Відповідно, 55% учасників експерименту продемонстрували згладжені профілі особистості, тобто відсутні підвищені показники по шкалам тесту. Отримані результати представлені на рис. 3.1.

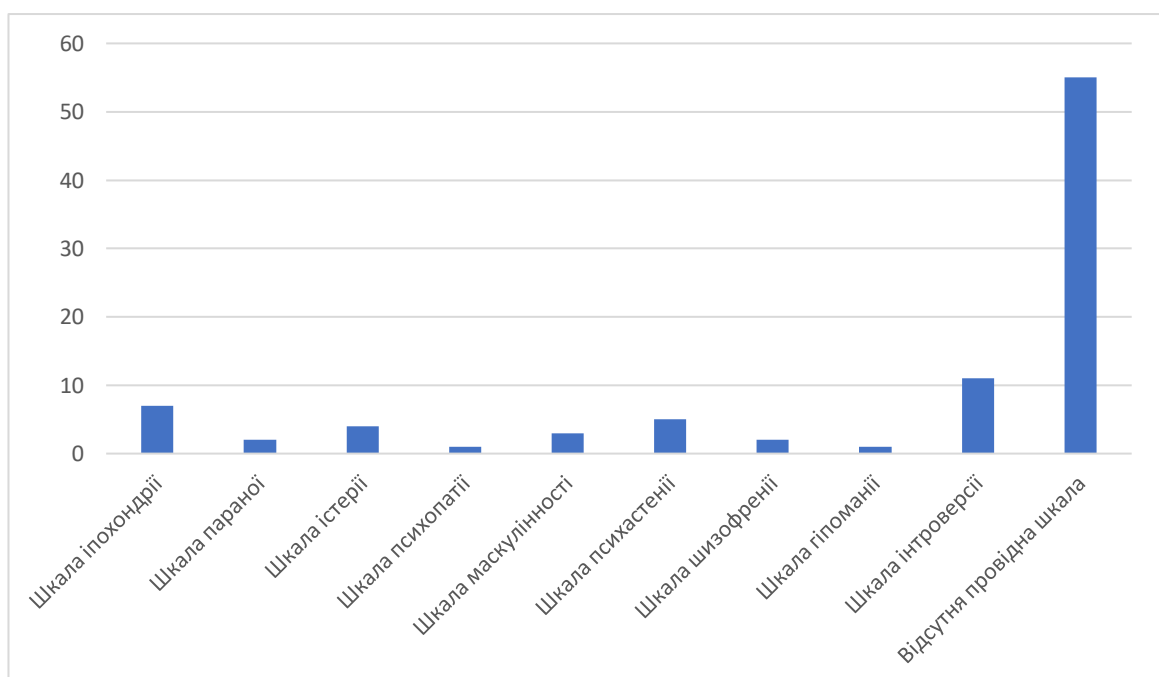


Рис. 2.1. Результати психодіагностики типу особистості

Отже, зазначені нами характеристики особистості можуть мати зв'язок із показниками соматизації, що буде проаналізовано за допомогою статистичного аналізу в наступному підрозділі.

Далі представимо результати авторської анкети, яка дозволяє визначити наявність або відсутність схильності особистості до соматизації. Анкета була сконструйована таким чином, щоб ми могли визначити схильність до соматизації за наступними параметрами:

1. Визначення міри вираженості симптомів (сильно виражені, помірно виражені, слабо виражені);
2. Визначення міри занепокоєння симптомами (сильно занепокоєні, помірно занепокоєні, слабо занепокоєні);
3. Визначення міри впливу симптомів на життя досліджуваного (сильний вплив, помірний вплив, слабкий вплив);
4. Визначення чутливості до симптомів (сильна чутливість, помірна чутливість, низька чутливість).

За параметром «міра вираженості симптому» 14% досліджуваних продемонстрували сильно виражений показник, помірно виражені показники зафіксовано у 27% опитаних, слабо виражені показники представлені в 59%. Отримані результати представлені на рис. 3.2.

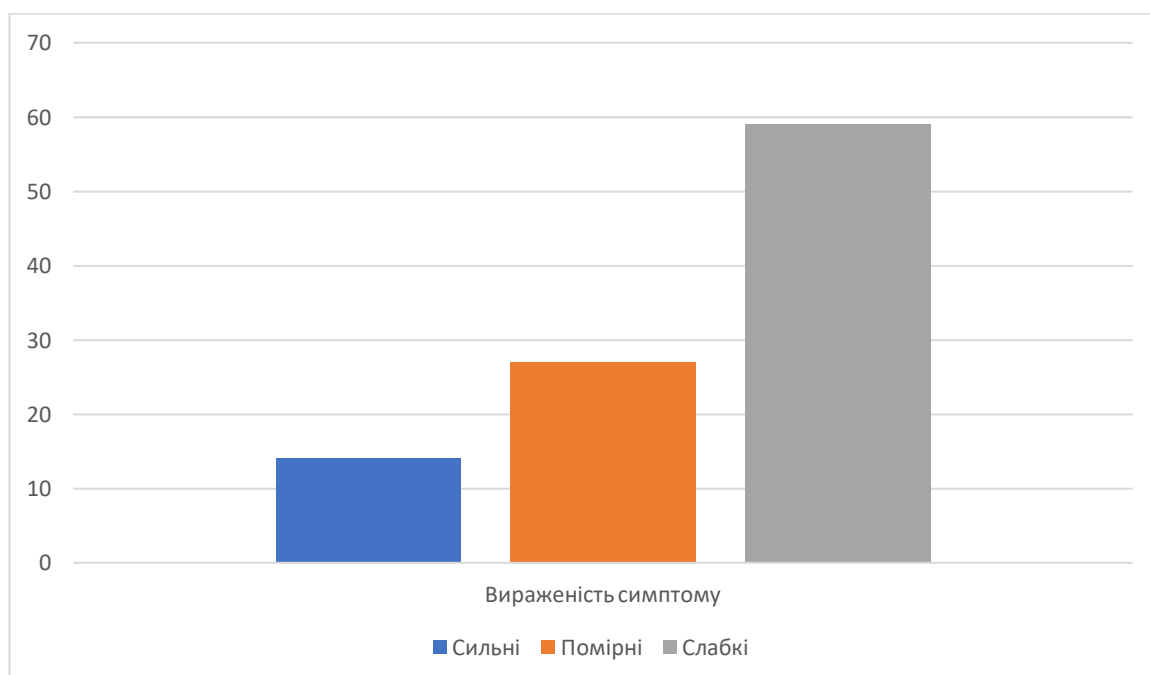


Рис. 3.2. Показники вираженості симптомів хвороби у досліджуваних

За параметром «міра занепокоєння симптомами» 19% досліджуваних продемонстрували сильно виражений показник, помірно виражені показники зафіксовано у 34% опитаних, слабо виражені показники представлені в 47% осіб. Отримані результати представлені на рис. 3.3.

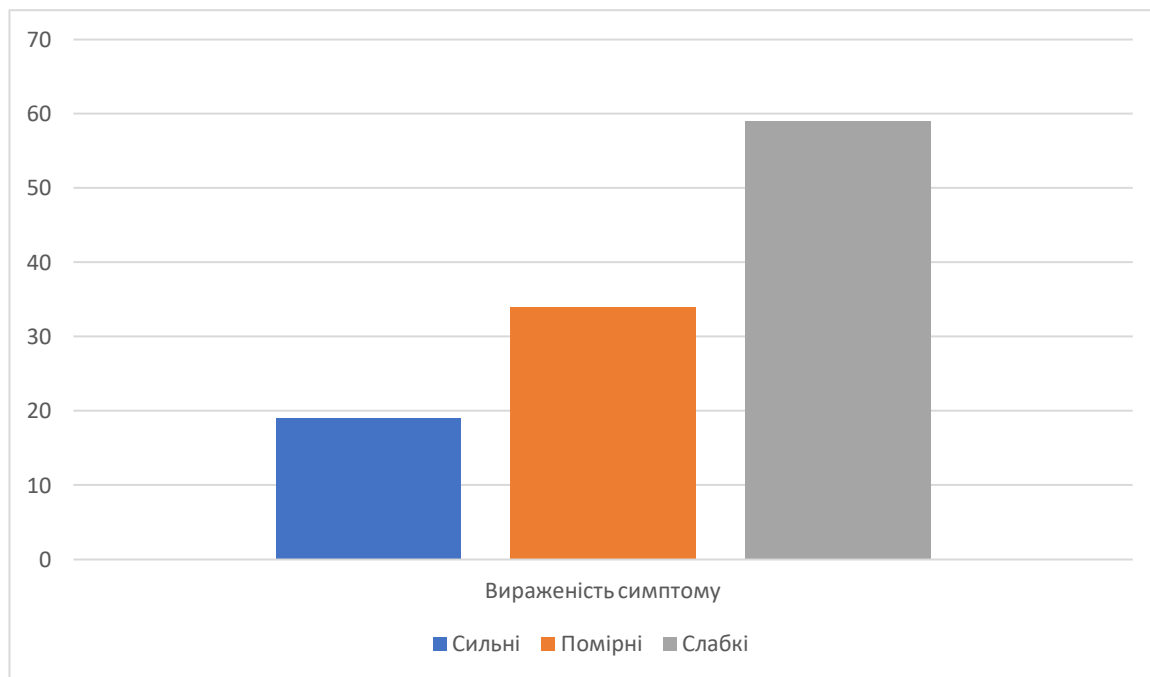


Рис. 3.3. Показники міри занепокоєння симптомами у досліджуваних

Якщо досліджувані не демонструють наявності симптомів, що видно з попередньої діаграми, то в цій ми бачимо тенденцію до зростання занепокоєння симптомами хвороби. Відповідно, ризик виникнення соматизації дещо підвищується.

За параметром «вплив симптомів на життя» 29% досліджуваних продемонстрували сильно виражений показник, помірно виражені показники зафіксовано у 31% опитаних, слабо виражені показники представлені в 40% респондентів. Отримані результати представлені на рис. 3.4.

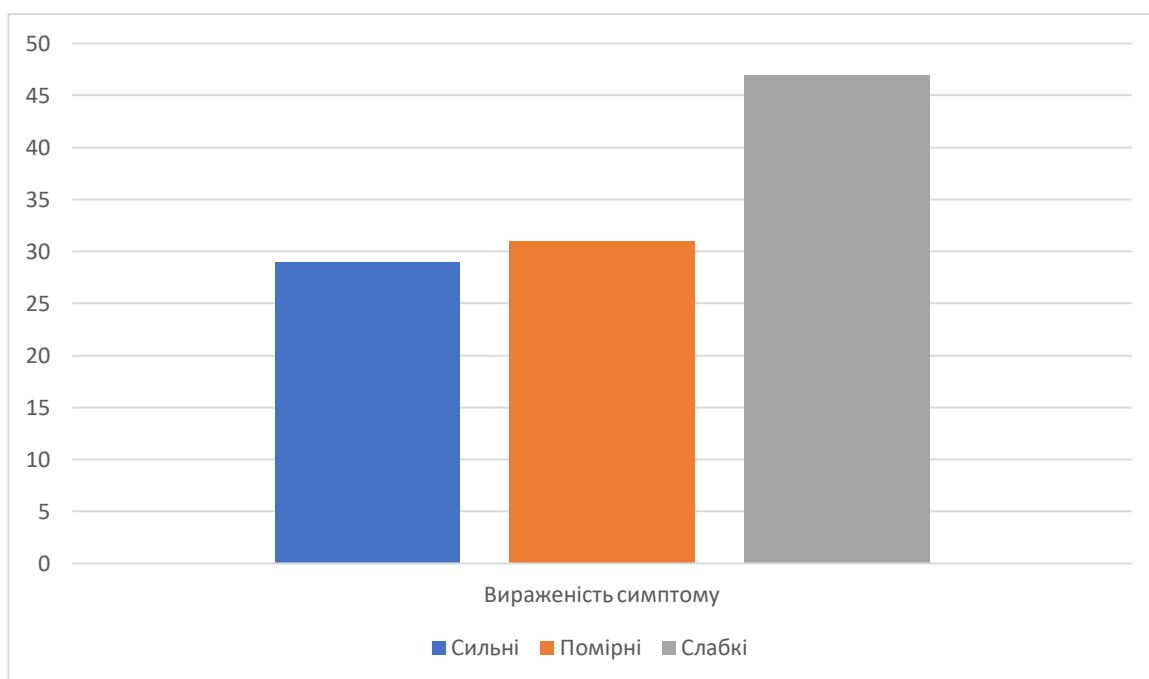


Рис. 3.4. Показники міри впливу симптомів на якість життя у досліджуваних

Бачимо, що суттєво більша кількість досліджуваних негативно оцінює вплив симптому хвороби на якість життя. Можна обґрунтувати це тим, що наявність навіть незначно хвороби може погіршити задоволення якістю життя в досліджуваних, що призводить до надмірної акцентуації на таких симптомах, та підвищує ризик виникнення соматизації.

За параметром «чутливість до симптомів» 23% досліджуваних продемонстрували сильно виражений показник, помірно виражені показники зафіксовано у 36% опитаних, слабо виражені показники представлені в 41% опитаних. Отримані результати представлені на рис. 3.5.

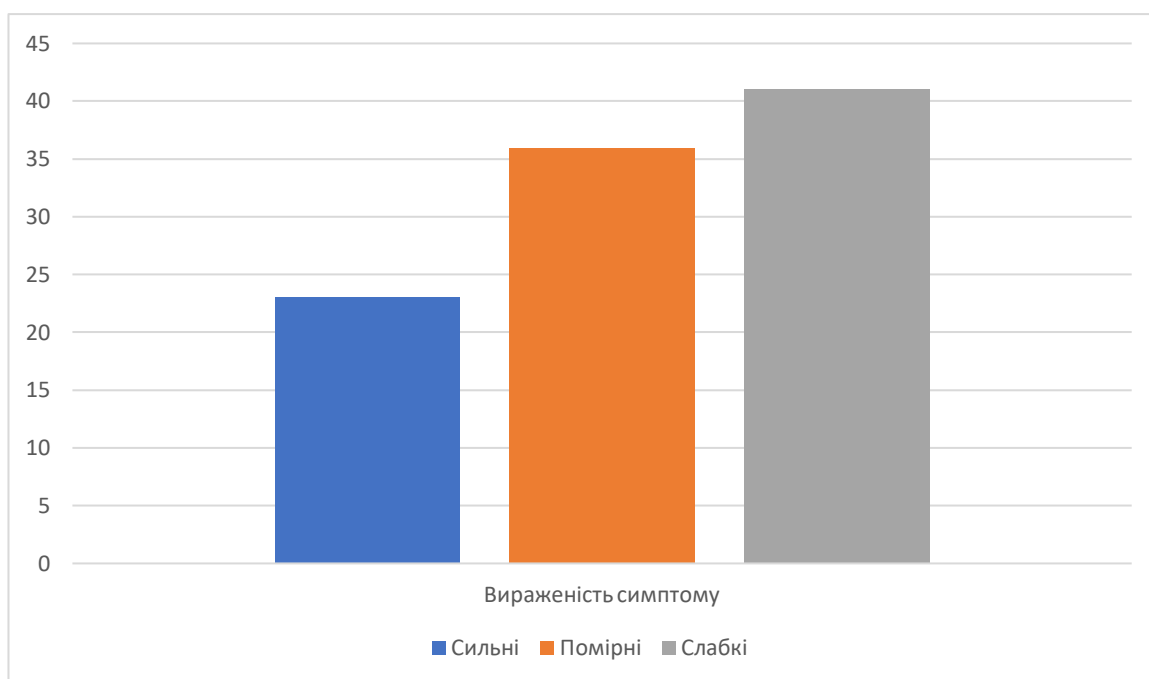


Рис. 3.5. Показники чутливості до симптомів у досліджуваних

Таким чином, особи, які продемонстрували низькі показники по всіх 4 параметрах можуть вважатися як неохочі до соматизації. Ті, хто продемонстрував помірну схильність по більшості параметрах, можуть вважатися як помірно схильні до соматизації. Натомість, ті, в кого переважають в основному високі показники занепокоєння, вважаються нами як схильні до соматизації.

Відповідно, 26% досліджуваних продемонстрували схильність до соматизації, помірну схильність зафіксовано у 29% опитаних, а відсутність (або незначна) схильність до соматизації зафіксована в 45% опитаних. Отримані результати представлені на рис. 3.6.

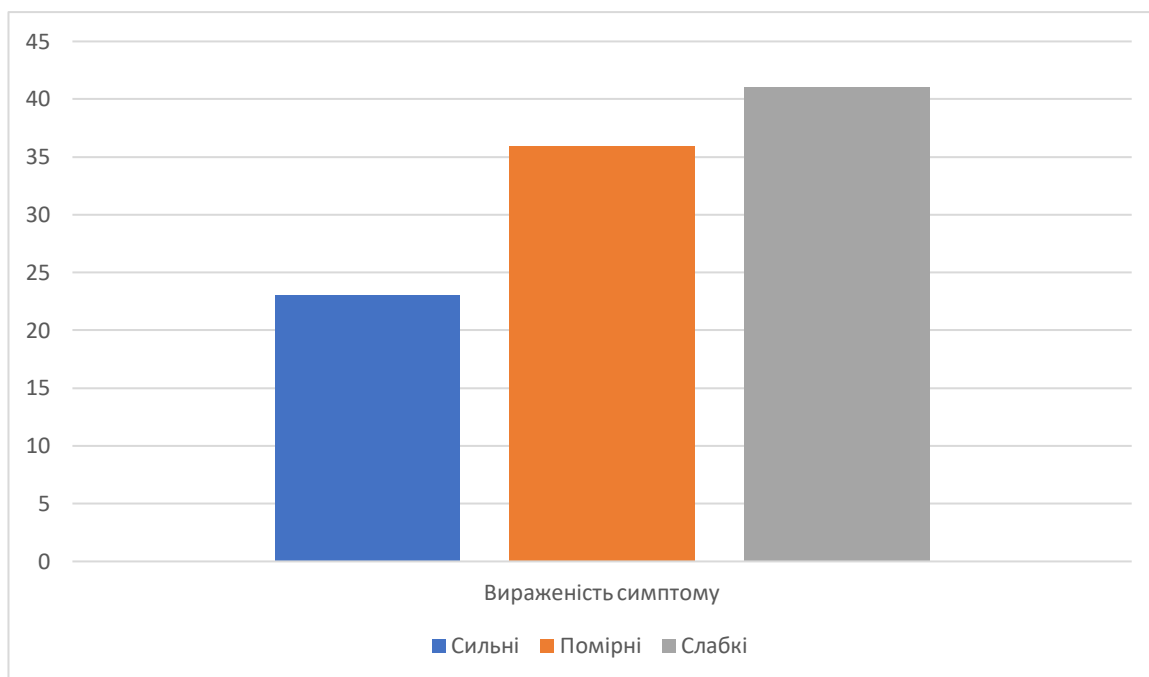


Рис. 3.6. Показники схильності до соматизації у досліджуваних

Отже, нами проаналізовано схильність досліджуваних до соматизації, міру вираженості їх чутливості до симптомів хвороби, їх вплив на життя та міру занепокоєння зазначеними ними симптомами.

В результаті проведеного дослідження за допомогою методики діагностики тривожності було з'ясовано, що серед усіх досліджуваних осіб, 10% мали дуже низький рівень тривожності. Це означає, що цим досліджуваним відчуття тривоги не є притаманним. Низький рівень тривожності зафіксовано у 25% опитаних, і саме цей рівень тривожності є необхідний для адаптації людини в колективі та можливості психологічного захисту. У 43% опитаних зафіксовано середній рівень тривожності, що зумовлено деякою напруженістю соціальних зв'язків, або ж проявляється лише в окремих ситуаціях взаємодії з іншими. В 22% опитаних виявлено високий рівень тривожності, що свідчить про постійне відчуття напруженості та тривоги, скованості тощо. Дуже високого рівня тривожності, який є фактором ризику межових станів, в нашому дослідженні не виявлено. Отримані результати представлені на рис. 3.7.

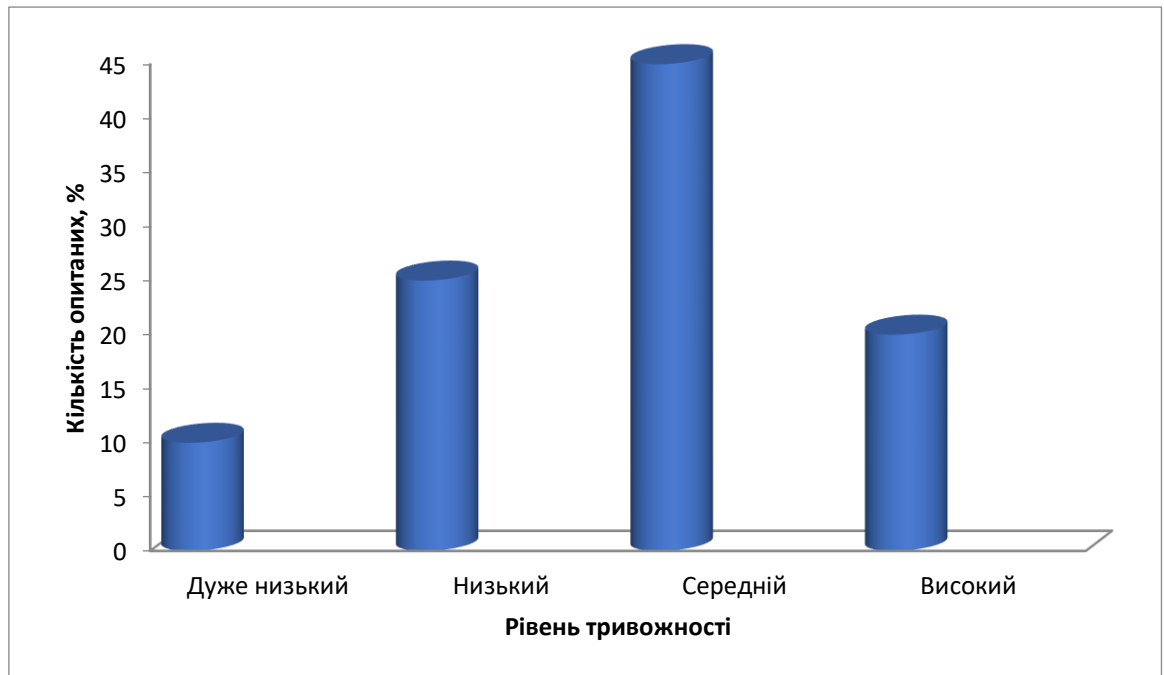


Рис. 3.7. Рівень тривожності у досліджуваних

Таким чином, ті досліджувані, котрі продемонстрували високі показники тривожності, більш ймовірно можуть проявляти соматизацію як спосіб захисту від надмірної тривожності.

За допомогою методики «Особистісний опитувальник А. Айзенка» було з'ясовано особливості прояву темпераменту. Виявлено, що серед досліджуваних 27% осіб з флегматичним типом темпераменту. Особа з таким типом нервової системи властивий інтровертизм та низькі показники за шкалою нейротизму. Сангвінічний тип темпераменту продемонстрували 48% опитаних, які характеризуються високими показниками екстравертизму та низькими показниками нейротизму. 21% досліджуваних мають холеричний тип темпераменту, якому властиві високі показники нейротизму та високі показники екстраверсії, і 4% – меланхолічний тип темпераменту, який описується високими показниками нейротизму та високими показниками інтроверсії. Отримані результати представлені на рис. 3.8.

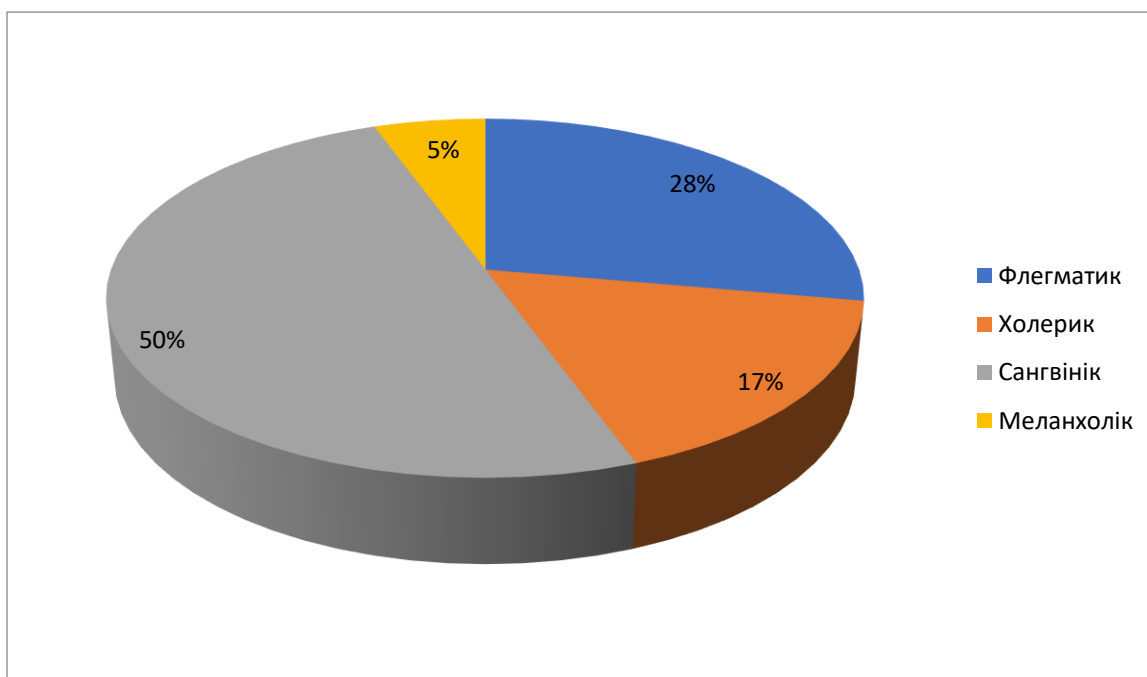


Рис. 3.8. Типи темпераменту в досліджуваних

Як бачимо, отримані результати відповідають загальноприйнятим показникам генеральної сукупності, де найбільший відсоток складають представники сангвінічного типу темпераменту. Як зазначалося в теоретичній частині роботи, існує припущення про те, що до соматизації більш схильні особи із високими показниками нейротизму. Нейротизму відповідає емоційність, імпульсивність; нерівність у контактах з людьми, мінливість інтересів, невпевненість у собі, виражена чутливість, вразливість, схильність до дратівливості. Нейротична особистість характеризується неадекватно сильними реакціями по відношенню до стимулів, що їх викликають. У осіб із високими показниками за шкалою нейротизму у несприятливих стресових ситуаціях може розвинути невроз. Відповідно, до соматизації більш схильні меланхоліки та холерики, які більш чутливі до різних стимулів.

Ще однією використаною нами методикою є Я-структурний тест Аммона, який досліджує показники агресії, тривоги, зовнішнє обмеження Я, внутрішнє обмеження Я, нарцисизм, сексуальність. Кожна з цих шкал може бути виражена у трьох варіаціях – конструктивній, деструктивній, дефіцитарній. Розглянемо отримані результати у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Результати діагностики Я-структурного тесту Аммона

Назва шкали	Кількість досліджуваних, %		
	Конструктивна	Деструктивна	Дефіцитарна
Агресія	47	9	44
Тривога	38	28	36
Зовнішнє обмеження Я	56	18	26
Внутрішнє обмеження Я	47	31	22
Нарцисизм	61	12	27
Сексуальність	39	43	18

Так, за шкалою агресії у 47% досліджуваних зафіксовано конструктивну агресію, яка властива конструктивним, ініціативним особистостям. Такі досліджувані здатні самостійно долати конфлікти, можуть досягати компромісних рішень, при цьому відкрито проявляють свої емоційні переживання. Конструктивна агресія передбачає наявність емпатії, широкого кола інтересів, уяви та фантазії. Натомість, в 9% досліджуваних зафіксовано прояв деструктивної агресії, яка характеризується недобррозичливістю, конфліктністю, агресивністю. Проявляють надмірну ригідність у дискусіях, отримують задоволення від участі у конфлікті. В 44% респондентів зафіксовано дефіцитарну агресію, яка проявляється в уникненні будь-яких конфліктів, конфронтації, дискусії. Таким людям складно конкурувати, змагатися, вони скоріше пожертвують власними інтересами чи цілями. Відмовляються брати на себе відповідальність. На нашу думку, саме такому типу особистості може бути

характерна соматизація як спосіб психологічного захисту. Отримані дані представлені на рис. 3.9.

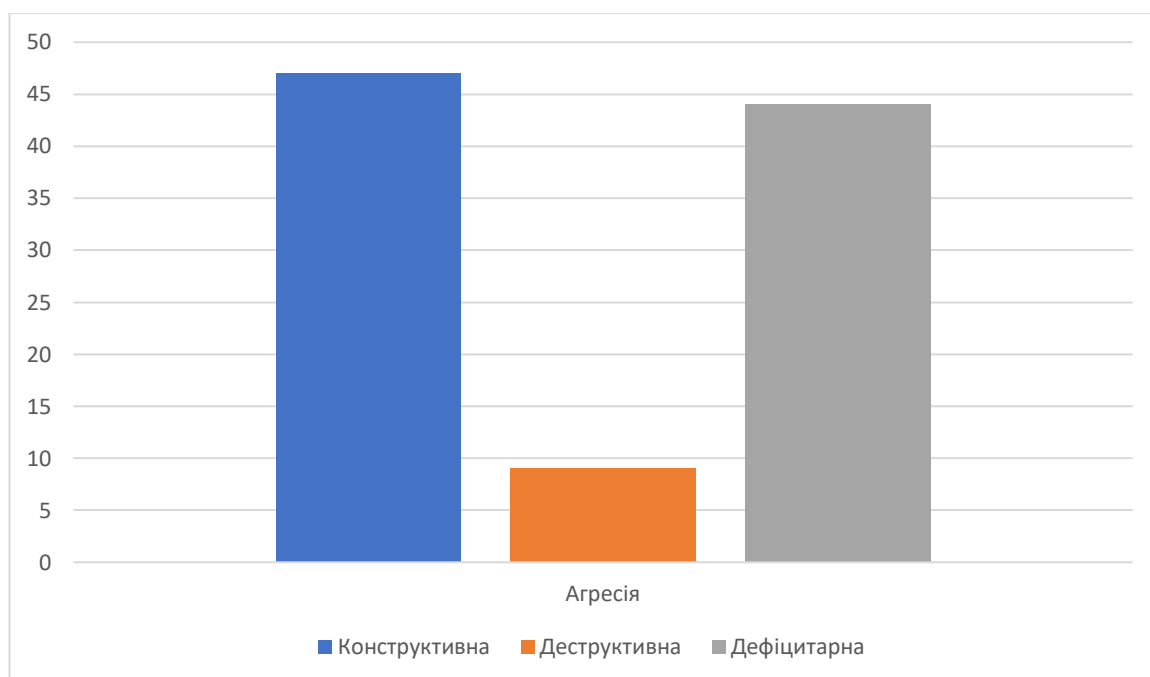


Рис. 3.9. Показники агресії у досліджуваних

За шкалою «Тривога» конструктивні показники виявлені у 38% досліджуваних. Ця характеристика властива тим, хто здатні витримувати переживання, пов'язані із тривогою, здатні використовувати її для адаптації до нових ситуацій. Завдяки такій помірній тривожності особистість здатна диференціювати реальні загрози безпеці та цілісності від уявних або нав'язаних. Деструктивна тривога виявлена у 38% досліджуваних, яким властиве часте або тривале переживання страху. В такому випадку людина суттєво переоцінює реальні загрози, життєві труднощі, боїться будь-яких змін. Саме цьому типу особистої властива висока схильність до соматизації, оскільки сильні тривожні прояви часто трансформуються у тілесні у формі різних розладів. Дефіцитарна тривога, виявлена у 34% досліджуваних, трактується як повна непереносимість тривоги, схильністю до ризику, остійний пошук емоційних відчуттів. Також таким людям складно встановлювати емоційно глибокі стосунки. Отримані результати представлені на рис. 3.10

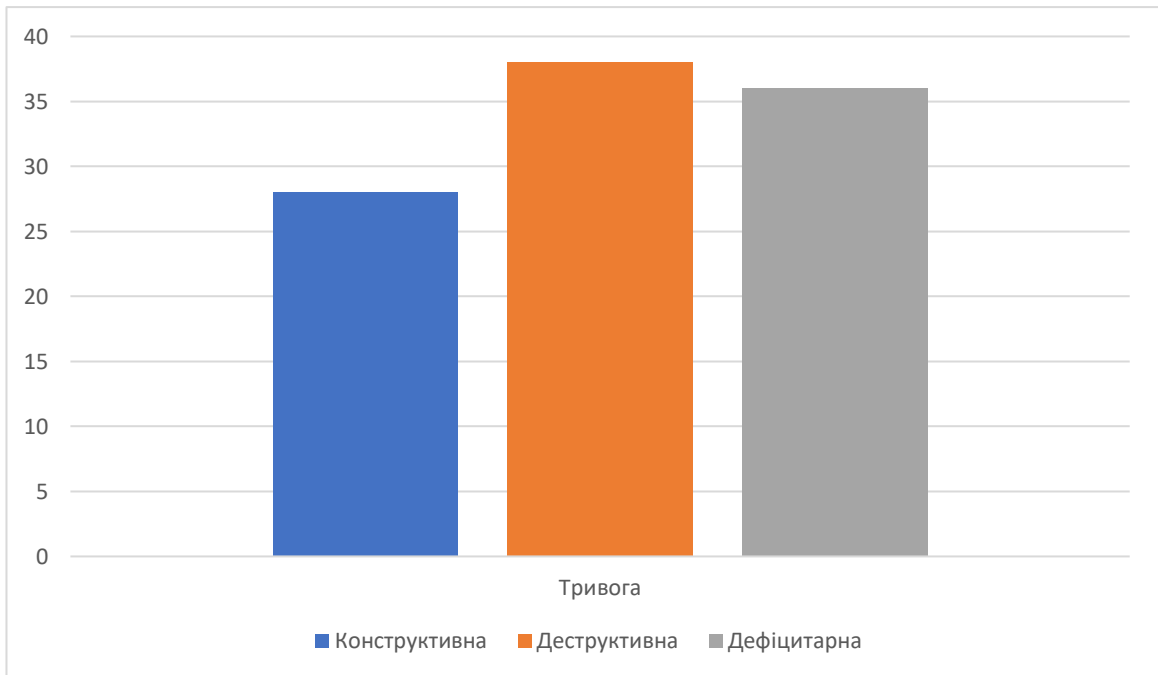


Рис. 3.10. Показники тривоги у досліджуваних

Розглянемо результати, отримані за шкалою «Зовнішнє Я-обмеження». Так, 56% досліджуваних продемонстрували конструктивну функцію цього параметру. Їм властива комунікабельність, відкритість, високий рівень рефлексії. Такі люди здатні чітко планувати своє життя, здатні ставити адекватні цілі. Здатні підтримати та зрозуміти інших людей. Деструктивна функція цього параметру зафіксована у 18% досліджуваних. Їм властиво прагнення до уникнення контактів, небажання вступати в діалог чи дискусію, надмірний гіперконтроль. Загалом ці люди нездатні гнучко регулювати міжособистісні відносини, невпевненість у ситуаціях спілкування, нездатність приймати допомогу. У 26% досліджуваних виявлено дефіцитарну функцію цього параметру. Тут йдеться про порушення особистісних кордонів, нездатність вибудувати адекватну взаємодію з іншими, наприклад, відмовляти. Постійні сумніви у правильності прийнятих рішень, надмірне підлаштування під оточення. Отримані результати представлені на рис. 3.11.

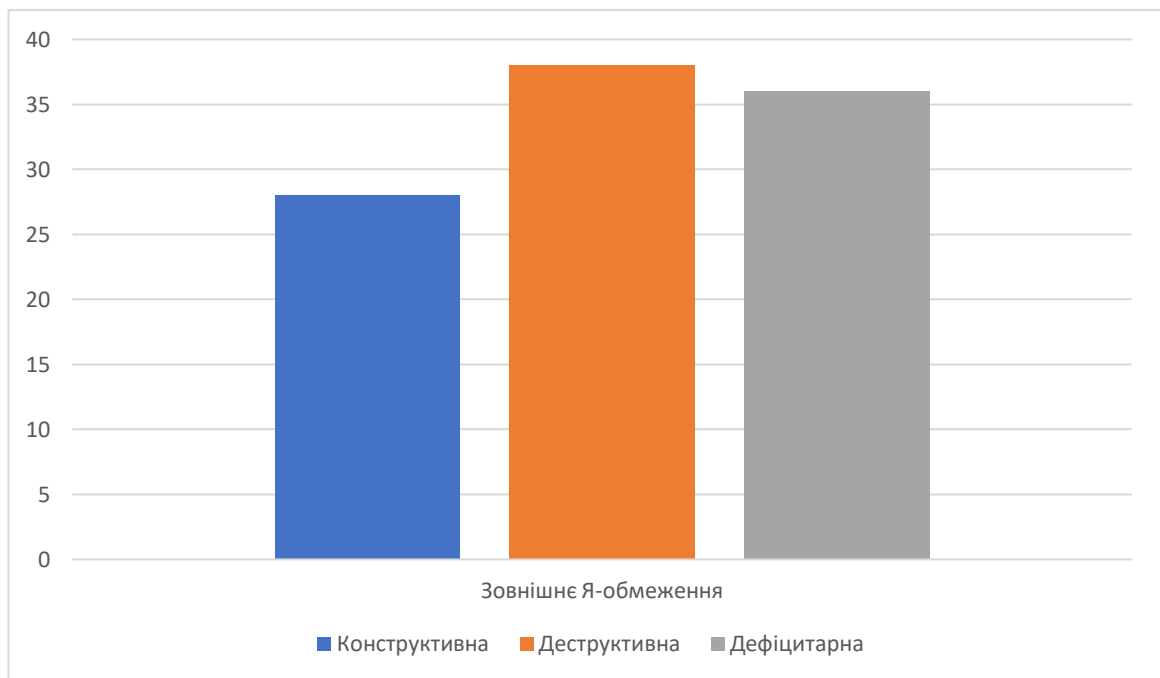


Рис. 3.11. Показники зовнішнього Я-обмеження у досліджуваних

Наступним параметром є шкала «Внутрішнє Я-обмеження». Конструктивне Я-обмеження характеризується високий рівень рефлексії, диференційованість внутрішніх переживань, тілесних відчуттів, висока концентрація, високий рівень контролю тілесних проявів. Таких досліджуваних зафіксовано 47%. Натомість, опитаних із деструктивним внутрішнім Я-обмеженням виявлено 31%. Таким людям характерно виключно раціональні способи сприйняття себе та навколишнього світу, відкидання ірраціональних та емоційних проявів, нездатністю фантазувати та придумувати щось нове. Такі люди сприймаються черствими, діловими та раціональними. Вони мало мріють і майже не фантазують, не прагнуть теплих партнерських відносин, не здатні до глибоких співпереживань. Неможливість адекватно сприймати власні почуття та потреби робить цих людей нечутливими до емоцій та потреб інших, реальний світ оточуючих живих людей може заміщатися у них сукупністю власних проєкцій. Дефіцитарне внутрішнє Я-обмеження виявлене у 22% опитаних. Воно виражається схильністю до надмірного фантазування, неприборканої мрійливості, при яких уявна ледве може бути відокремлена від реальності, характерні імпульсивність, слабкість емоційного контролю, схильність до екзальтованих станів, недостатня зваженість вчинків і прийнятих рішень, «переповненість» розрізнення крайня непослідовність в інтерперсональних

відносинах, нездатність до достатньої концентрації зусиль, погане регулювання тілесних процесів. Отримані результати представлені на рис. 3.12.

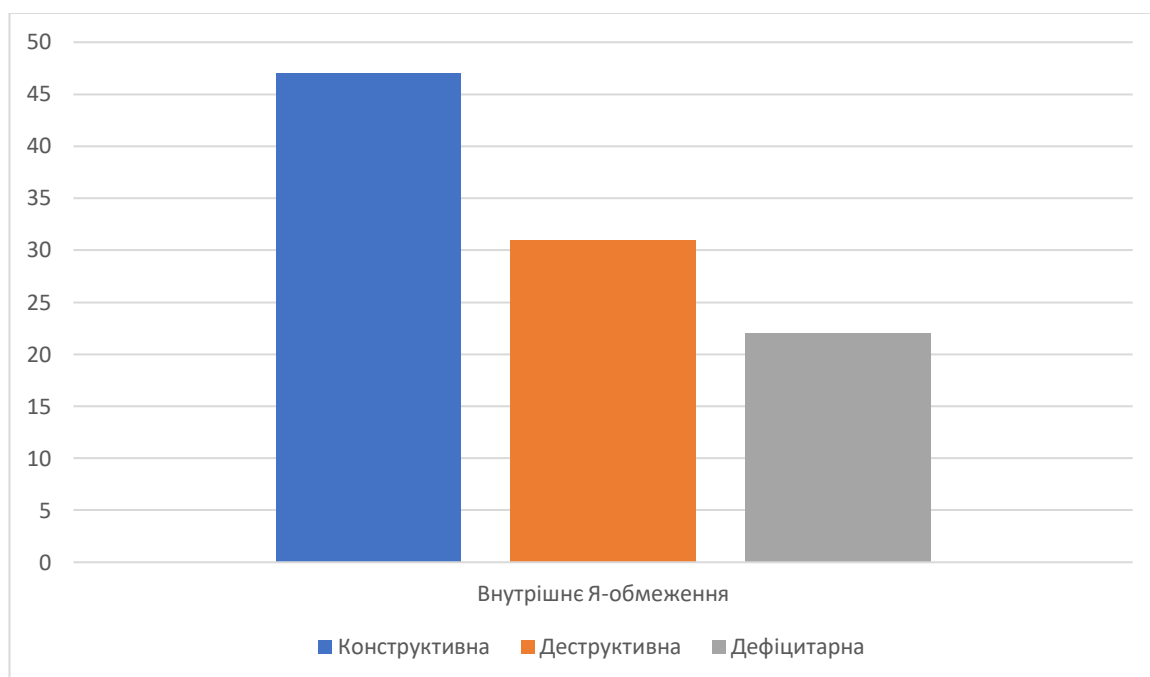


Рис. 3.12. Показники внутрішнього Я-обмеження у досліджуваних

За шкалою нарцисизму конструктивну функцію продемонстрували 61% досліджуваних, яким властиво адекватно оцінювати себе, по-справжньому повно сприймати свої можливості та реалізовувати їх, відчувати свою силу та компетентність, прощати собі помилки та промахи, витягуючи необхідні уроки і тим самим збільшуючи свій життєвий потенціал. Конструктивний нарцисизм виявляє себе в можливості отримувати задоволення від власних думок, почуттів, фантазій, прозрінь, інтуїтивних рішень і дій, правильно сприймаючи їх реальну цінність, він дозволяє індивіду повнокровно відчувати своє тілесне життя і забезпечує можливість встановлювати різноманітні інтерперсональні відносини відповідно до своїх потреб. Деструктивний нарцисизм виявлено у 12% досліджуваних. проявляється неадекватною оцінкою себе, своїх дій, здібностей і можливостей, спотвореним сприйняттям інших, надмірною настороженістю у спілкуванні, нетерпимістю до критики, низькою толерантністю до фрустрацій, страхом близьких, теплих, довірчих відносин та нездатністю встановлювати їх, потребою у суспільному підтвердженні, а також схильністю до побудови аутистичного світу, що відгороджує реальні інтерперсональні взаємодії. Часто відзначаються також відчуття нерозділеності та незрозумілості іншими

суб'єктивно важливих переживань і почуттів, інтересів та думок, почуття ворожості оточуючих, аж до параноїдних реакцій, відчуття нудьги та безрадісності існування. Дефіцитарний нарцисизм, зафіксований в 27% досліджуваних, розуміється як недостатність здатності формувати цілісне ставлення до себе, розвивати диференційоване уявлення про власну особистість, свої здібності та можливості, так само як і реалістично оцінювати себе. Отримані результати представлені на Рис. 3.13.

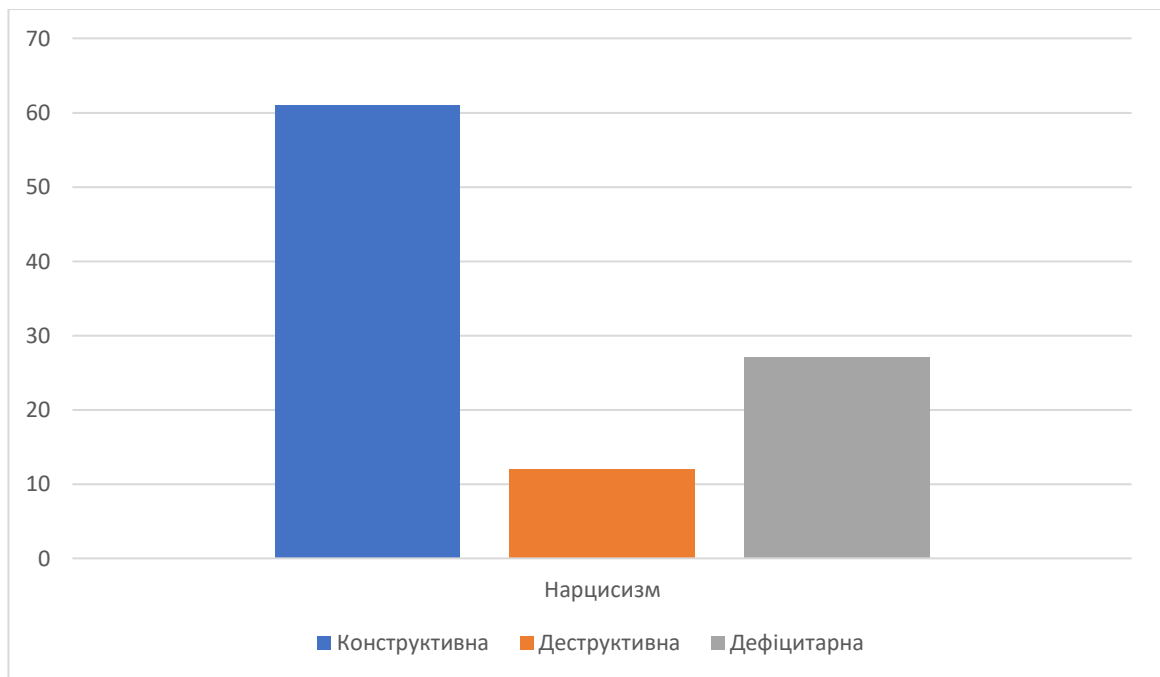


Рис. 3.13. Показники нарцисизму у досліджуваних

Останньою школою, проаналізованою нами, є шкала «Сексуальність». Так, конструктивна функція цього параметру зафіксована у 39% опитаних. Ця шкала проявляється можливістю насолоджуватися сексуальними контактами при одночасній здатності приносити задоволення сексуальному партнеру, вільна від фіксованості сексуальних ролей, відсутністю ригідних сексуальних стереотипів, схильністю до еротичної гри та еротичного фантазування, здатністю насолоджуватися різноманітністю і багатством переживань, що виникають в сексуальному досвіді. Деструктивна функція зафіксована у 43% досліджуваних. У поведінці деструктивна сексуальність проявляється небажанням чи нездатністю до глибоких, інтимних взаємин. Людська близькість найчастіше сприймається як обтяжливий обов'язок чи загроза втрати аутистичної автономії, тому уникає чи обривається з допомогою заміщення. Замість цілісної особи у

контакти беруть участь лише окремі її фрагменти. Дефіцитарна функція виявлена у 18% опитаних, виражається переважною відсутністю сексуальних бажань, бідністю еротичного фантазування, сприйняттям сексуальних відносин як «брудних», гріховних, недостойних людини і заслуговують на огиду. Власна сексуальна активність найчастіше асоційована зі страхом. Отримані результати представлені на рис. 3.14.

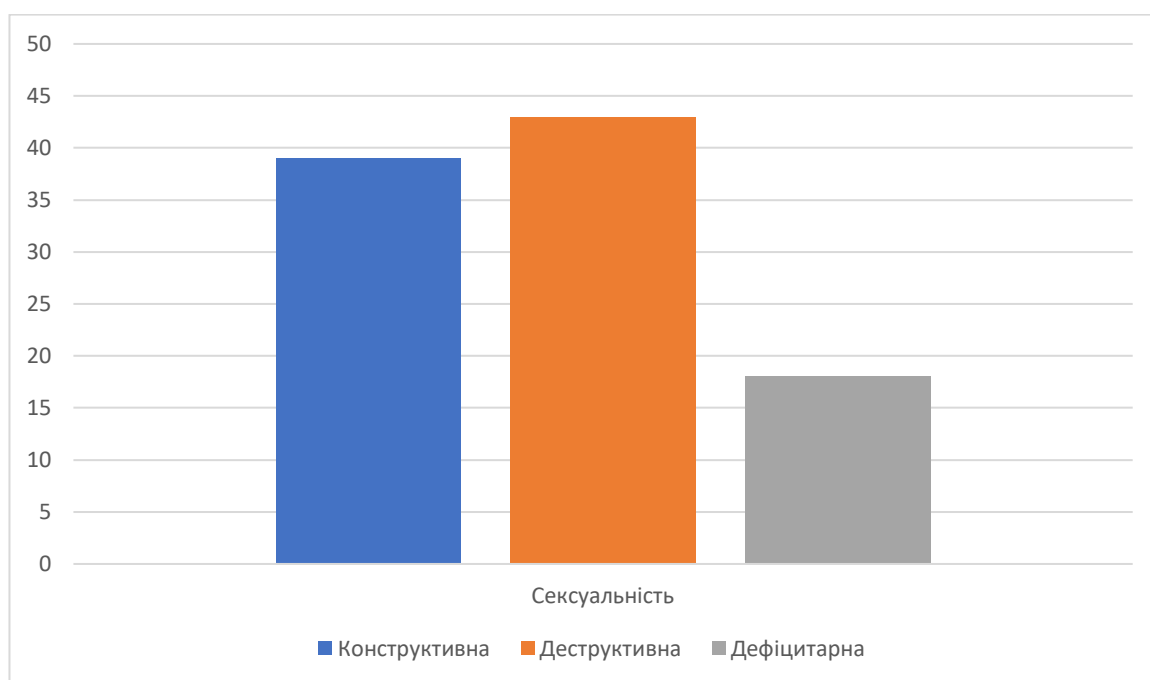


Рис. 3.14. Показники сексуальності у досліджуваних

Отже, нами проаналізовано результати проведеної психодіагностики, визначено особистісні особливості досліджуваних, та прояви соматизації.

3.2. Статистична обробка даних

Наступним етапом дослідження є порівняння показників тривожності у студентів в залежності від того, наскільки сильно виражена схильність соматизації. Для порівняльного аналізу нами було використано t-критерій Стюдента. Аналіз проходив у програмі SPSS Statistic 20.0.

Табл. 3.3.

Відмінності у показниках тривожності у студентів з різними проявами соматизації

<i>Рівень соматизації</i>	<i>Середнє значення (M)</i>
Сильновиражений	34,97
Помірно виражений	30,06
Слабко виражений	21,35

Статистично значимість отриманих результатів підтверджено за допомогою t-критерія Стюдента ($t=0,89$, $p=0,000$). Як бачимо, найвищими є показники тривожності в тих студентів, які демонструють сильно виражену соматизацію.

Таблиця. 3.4.

Відмінності у показниках темпераменту з різними проявами соматизації

Тип темпераменту	Рівень прояву соматизації					
	Сильний		Помірний		Слабкий	
	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>M</i>	<i>t</i>
Холерик	72,3	2,38; $p \leq 0,05$	65,8	4,52; $p \leq 0,05$	63,2	1,96; $p \leq 0,05$

Сангвінік	67,8	2,38; p≤0,05	57,2	4,52; p≤0,05	63,1	1,96; p≤0,05
Флегматик	62,3	2,38; p≤0,05	58,3	4,52; p≤0,05	67,4	1,96; p≤0,05
Меланхолік	69,4	2,38; p≤0,05	61,8	4,52; p≤0,05	59,3	1,96; p≤0,05

Як бачимо з отриманих результатів, найбільше досліджуваних з сильним проявом соматизації зафіксовано у меланхоліків, а найменше – серед флегматиків, що підтверджено використанням критерію Стюдента.

Для визначення взаємозв'язку різних характеристик особистості та міри прояву соматизації, проведемо кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнту кореляції Пірсона та програми SPSS Statistic 22.0.

Таблиця 3.5.

**Взаємозв'язок особистісних характеристик
та прояву соматизації**

Шкала	Тип соматизації		
	Сильний	Помірний	Слабкий
Шкала іпохондрії (HS)	0,5	0,4	0,4
Шкала депресії (D)	0,5	0,4	0,5
Шкала істерії (Hy)	0,3	0,2	0,3
Шкала психопатії (Pd)	0,2	0,3	0,2
Шкала маскулінності — фемінності (Mf)	0,4	0,4	0,4
Шкала параної (Pa)	0,3	0,4	0,3
Шкала психастенії (Pt)	0,3	0,4	0,4

Шкала шизофренії (Sc)	0,3	0,5	0,2
Шкала гіпоманії (Ma)	0,4	0,3	0,5
Шкала соціальної інтроверсії (Si)	0,5	0,6	0,6

Як бачимо, не кожна особистісна характеристика з проаналізованих нами, є тісно пов'язаною стратегією поведінки у конфлікті. Зокрема, встановлено зв'язок середньої сили між істерією ($r=0,3$; $p\leq 0,05$) та рівнем соматизації. Іпохондрія як особистісна характеристика також має середній зв'язок з сильним вираженням соматизації ($r=0,5$; $p\leq 0,05$), помірний ($r=0,4$; $p\leq 0,05$), слабким ($r=0,4$; $p\leq 0,05$).

Депресія має в основному високу позитивну кореляцію з сильним та слабким типом соматизації ($r=0,5$; $p\leq 0,05$). З помірним типом соматизації ця риса має зв'язок середньої сили ($r=0,4$; $p\leq 0,05$). Істерія також має низький рівень зв'язку з соматизацією: помірний ($r=0,2$; $p\leq 0,05$). Відповідно, з сильним та слабким типом соматизації ця характеристика має середній рівень зв'язку ($r=0,3$; $p\leq 0,05$). Психопатія має низький показник кореляції з сильним та слабким типом соматизації ($r=0,2$; $p\leq 0,05$). З помірним типом соматизації ця риса має середній зв'язок ($r=0,3$; $p\leq 0,05$). Маскулінність-фемінність має середній рівень кореляції з усіма показниками ($r=0,4$; $p\leq 0,05$). Шкала параної має середні показники кореляції типом соматизації: сильним ($r=0,3$; $p\leq 0,05$), помірним ($r=0,4$; $p\leq 0,05$) та слабким ($r=0,3$; $p\leq 0,05$). Шкала психастенії пов'язана з показниками соматизації зв'язком середньої сили: сильним ($r=0,3$; $p\leq 0,05$), помірним ($r=0,4$; $p\leq 0,05$) та слабким ($r=0,4$; $p\leq 0,05$). Шкала шизофренії корелює на середньому рівні з сильною мірою прояву соматизації ($r=0,3$; $p\leq 0,05$), на високому рівні з помірним типом соматизації ($r=0,5$; $p\leq 0,05$), на низькому рівні з слабо вираженим типом соматизації ($r=0,2$; $p\leq 0,05$). Проаналізуємо особливості зв'язку шкали гіпоманії з типом соматизації: так, на високому рівні гіпоманія

корелює з слабким рівнем прояву соматизації ($r=0,5$; $p\leq 0,05$), середні показники кореляції зафіксовано між сильною вираженістю соматизації та показниками гіпоманії ($r=0,4$; $p\leq 0,05$) та помірною вираженістю соматизації ($r=0,5$; $p\leq 0,05$). Соціальна інтроверсія має тісний зв'язок із типом соматизації ($r=0,6$; $p\leq 0,05$).

Отже, ми бачимо, що до соматизації більш схильні ті досліджувані, які мають підвищені показники іпохондрії, депресії та соціальної інтроверсії. Натомість найменш схильними до соматизації можна вважати тих досліджуваних, які мають високі показники психопатії, шизофренії та параної.

Проаналізуємо зв'язок між типом соматизації та діагностичними шкалами структурного теста Амонна.

Табл. 3.6.

**Взаємозв'язок особливостей Я-структури
та типу соматизації**

Характеристи ка Я- структури	Тип соматизації		
	Сильна	Помірна	Слабка
Агресія	0,4	0,5	0,2
Тривога	0,5	0,4	0,2
Зовнішнє обмеження Я	0,3	0,2	0,3
Внутрішнє обмеження Я	0,4	0,3	0,2
Нарцисизм	0,3	0,4	0,3
Сексуальність	0,3	0,4	0,2

Як бачимо, не кожен тип соматизації з проаналізованих нами, є тісно пов'язаною з характеристикою Я-структури. Зокрема, встановлено зв'язок середньої сили між сильним типом прояву соматизації ($r=0,3$; $p\leq 0,05$) та характеристиками структури Я. Сильна соматизація також має середній зв'язок з тривогою ($r=0,5$; $p\leq 0,05$), внутрішнім обмеженням Я ($r=0,4$; $p\leq 0,05$), агресією ($r=0,4$; $p\leq 0,05$) та нарцисизмом ($r=0,3$; $p\leq 0,05$).

Помірний тип соматизації має в основному низьку позитивну кореляцію з зовнішнім обмеженням Я ($r=0,2$; $p\leq 0,05$), з внутрішнім обмеженням Я цей вид

соматизації має зв'язок середньої сили ($r=0,3$; $p\leq 0,05$). Також має середній рівень зв'язку з низкою характеристик Я: тривогою ($r=0,3$; $p\leq 0,05$), нарцисизмом ($r=0,3$; $p\leq 0,05$), сексуальністю ($r=0,3$; $p\leq 0,05$). Відповідно, з агресією ця характеристика має сильний рівень зв'язку ($r=0,5$; $p\leq 0,05$).

Слабкий тип соматизації має не має тісних значень з показними характеристик Я. Так, слабкий рівень кореляційного зв'язку зафіксовано з показниками агресії, тривоги та сексуальності ($r=0,2$; $p\leq 0,05$). Помірний зв'язок виявлено з показниками зовнішнього обмеження Я та нарцисизму ($r=0,3$; $p\leq 0,05$).

Отже, нами проаналізовано наявність або відсутність статистично значимого зв'язку між показниками типу соматизації та різними аспектами особистості досліджуваних.

Висновки до третього розділу

Отже, нами було проведене експериментальне дослідження, яке складалось із трьох етапів – підготовчого (підбір діагностичного інструментарію, формування вибірки, планування процедури експерименту), проведення експерименту та аналіз результатів. Було використано наступні методики: Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник, анкету-опитувальник, яка дозволяє визначити наявність або відсутність схильності особистості до соматизації, шкалу явної тривожності ТМАС Дж. Тейлора, Особистісний опитувальник Айзенка, Я-структурний тест Аммона.

Учасники дослідження обирались серед студентів ЗВО методом випадкового відбору серед 1-4 курсів. Таким чином, сформовано вибірку з 100

досліджуваних, а саме: 72 жінок та 18 чоловіків віком від 19 до 22 років. Ці учасники утворили експериментальну групу досліджуваних.

Встановлено, що суттєво більша кількість досліджуваних негативно оцінює вплив симптому хвороби на якість життя. Можна обґрунтувати це тим, що наявність навіть незначно хвороби може погіршити задоволення якістю життя в досліджуваних, що призводить до надмірної акцентуації на таких симптомах, та підвищує ризик виникнення соматизації. Найвищими є показники тривожності в тих студентів, які демонструють сильно виражену соматизацію. найбільше досліджуваних з сильним проявом соматизації зафіксовано у меланхоліків, а найменше – серед флегматиків. до соматизації більш схильні ті досліджувані, які мають підвищені показники іпохондрії, депресії та соціальної інтроверсії. Натомість найменш схильними до соматизації можна вважати тих досліджуваних, які мають високі показники психопатії, шизофренії та параної.

ВИСНОВКИ

Отже, на основі проведеного дослідження, та поставлених завдань, можна робити наступні висновки.

Аналіз методологічних підходів до проблеми психосоматичних захворювань у вітчизняній і зарубіжній психології свідчить про те, що постає теоретична та практична необхідність вивчення психічних процесів, які протікають безпосередньо під час і перед виникненням психосоматичних розладів. Тенденція зростання кількості психосоматичних захворювань в сучасному суспільстві, пов'язана з швидким темпом життя, розвитком цивілізації, технічним прогресом, напруженим стилем життя.

Розглянуто провідні теорії соматизації, зокрема ідеї Н. Мак-Вільямс (визначення соматизації як одного з проявів механізму захисту регресії), М. Шура (розробка моделі десоматизації та ресоматизації), К. Кірмеєра (патопсихологічний підхід до визначення соматизації). Частину роботи присвячено аналізу особливостей соматизації хвороби коронавірусу та їх психологічних наслідків, що є зразком одного з наймасштабніших за впливом на психологічних стан людства захворювання.

Розглянуто різні підходи до визначення поняття особистості, і виділено дефеніцію І. Булаха: особистість - системна (соціальна) якість, що здобувається індивідом у предметній діяльності і спілкуванні, і характеризує міру представленості суспільних відносин в індивіді

Специфічність психосоматичних порушень пов'язана з психологічною складовою, а саме з індивідуальною формою емоційного реагування особистості, з особистісними психофізіологічними особливостями.

Науковці зазначають, що психосоматичні відхилення виступають об'єктом дослідження не лише у медицини, а й в інших галузях знань: фізіології (для дослідження фізіологічних процесів формування розладів), психології (для дослідження психологічних чинників, що призводять до виникнення розладу), психіатрії (для пошуку впливів на психічні відхилення, що призводять до

формування психосоматичних розладів), соціології (для з'ясування впливу соціальних чинників на формування психосоматичного розладу) та ін.

Дослідження проведено у три етапи. На першому етапі здійснено підбір методик, підготовка тестового матеріалу на онлайн-ресурсі, пошук досліджуваних та безпосереднє проходження ними визначених психодіагностичних методик. Так, було вибрано методичку Мінесотський багатоаспектний особистісний опитувальник для визначення профілей особистостей та переважаючих характеристик у структурі особистості кожного досліджуваного. Для діагностики особливостей соматизації нами було розроблено авторську анкету, яка дозволила визначити кількість та тип соматичних симптомів, їх частоту, рівень занепокоєння цими симптомами та їх вплив на якість життя досліджуваного. На подальших етапах дослідження буде здійснена математична обробка отриманих даних, після переведення якісних результатів у кількісні.

Виявлено ряд характеристик особистості, які мають тісний зв'язок з соматизацією: іпохондрія як особистісна характеристика також має середній зв'язок з сильним вираженням соматизації ($r=0,5$; $p\leq 0,05$), депресія має в основному високу позитивну кореляцію з сильним та слабким типом соматизації ($r=0,5$; $p\leq 0,05$). Шкала шизофренії корелює на середньому рівні з сильною мірою прояву соматизації ($r=0,3$; $p\leq 0,05$), на високому рівні з помірним типом соматизації ($r=0,5$; $p\leq 0,05$), гіпоманія корелює з слабким рівнем прояву соматизації ($r=0,5$; $p\leq 0,05$), найвищими є показники тривожності в тих студентів, які демонструють сильно виражену соматизацію.

На основі отриманих даних, нами складено опис людини, якій буде притаманна соматизація як механізм психологічного захисту. Таким особам властиво хвороблива спрямованість на своє самопочуття, самоконтроль, прагненні відповідати соціальним вимогам оточення, стереотипність та орієнтованість на встановлення соціальних контактів. Характерний песимістичний настрій, уникнення невдач, акцентуванні своєї уваги на негативних аспектах свого буття. Таким особам властива інертність,

невпевненість у собі, схильність до роздумів, підвищена потреба в розумінні та прийнятті, часта зміна настрою, гнучкість поглядів, схильність драматизувати та перебільшувати, поведінкові істеричні реакції, пошук публічності. Особливостями цього типу особистості є підвищене відчуття відповідальності, скромність, тривога через дрібні життєві проблеми.

Проведене емпіричне дослідження не вичерпує всіх аспектів досліджуваної проблеми. Перспективними, на нашу думку, є питання вивчення окремих компонентів структури соматизації осіб студентського віку, подальше вдосконалення змісту соціальної адаптації особистості в основних інститутах соціалізації відповідно до мінливих умов життя суспільства, виявлення механізмів даного процесу; профілактики негативного впливу соматизації на всіх перехідних етапах розвитку; можливості розвитку позитивного ставлення до конструктивних форм соматизації як особистісної якості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрійчук І. П. Формування позитивної Я-концепції особистості майбутніх практичних психологів у процесі професійної підготовки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». К. : 2003. 20 с.
2. Булах І.С. Змістовний контекст поняття «особистісне зростання» в ракурсі феноменологічного та гуманістичного напрямків у психології // Психологія: Зб. наук. праць НПУ імені М.П. Драгоманова. – 2000. – Вип. 2 (9). – С. 176-185.
3. Бурденій, А., & Сашенко С. (2023). Первинний хронічний біль як соматизація дистресу. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 8(2).
4. Боришевський М.Й. Психологічні механізми розвитку особистості // Педагогіка і психологія. – 1996. – № 3/12. – С. 26-33.
5. Васильєва, Г. В. (2017). Емоційна компетентність як фактор, що впливає на рівень соматизації. *МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ*, (1413), 10.
6. Вишнюк І. (2019). Психосоматичні кореляти в аспекті розвитку іпохондричної поведінки особистості. *PSYCHOLOGICAL JOURNAL*, 5(8), 174-189.
7. Гейко, Є. В. (2014). Психологічні аспекти цілісності у структурі особистості. *Науковий часопис НПУ імені МП Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки*, (45), 199-206.
8. Горностаї, П. П. (2000). Психологічні ролі в структурі особистості. *Наукові студії з соціальної та політичної психології*, 104-111.
9. Гуменюк О. Є.: Психологія Я-концепції: Навч. посіб. Тернопіль : Економічна думка, 2004. 310 с.
10. Завязкіна, Н., & Ведмеденко, А. (2020). Алекситимія як чинник соматизації психологічних проблем. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*, (50), 11-30.

11. Дідик Н. М. Професійно значущі характеристики особистісної зрілості майбутніх психологів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». К. : 2013. 20 с.
12. Дуткевич Т. В., Савицька О. В. Практична психологія : вступ у спеціальність. К. : Центр учбової літератури, 2007. 256 с.
13. Кряж, І. В. (2010). Типи ціннісно–диспозиційної структури особистості. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*, (7).
14. Литвиненко, О. Д. (2016). Психосоматичний підхід до проблем психологічного здоров'я особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, 1(4), 52-57.
15. Максименко, С. Д., & Мул, С. А. (2009). Структура особистості теоретико-методологічний аспект. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*, 1(6).
16. Малахов, Д. В. (2017). Соціально-психологічні зміни особистості в результаті психосоматичних розладів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, (6 (2)), 49-53.
17. Мірошник, З. М. (2013). Рольова структура особистості практичного психолога в контексті сучасних психологічних теорій особистості. *Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія*, (18, Вип. 4), 209-214.
18. Павлик, Н. В. (2005). Психологічні аспекти змін в структурі особистості під впливом екстремальних умов діяльності. *Вісник Національного технічного університету України (КПІ)/Філософія. Психологія. Педагогіка*, 2(14), 106-112.
19. Павлик, Н. (2013). Гармонізація психосоматичного компоненту характеру особистості в юнацькому віці. *Вісник Інституту розвитку дитини. Сер.: Філософія, педагогіка, психологія*, (29), 150-156.
20. Панченко, М. С. (2012). Методика оцінки ризику соматизації вегетативних соматоформних розладів. *Український вісник психоневрології*, (20, вип. 1), 115-119.

21. Радчук, Г. К., & Логвись, О. Я. (2021). Лідерські якості в цілісній структурі особистості педагога. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, (4), 93-100.
22. Саврасов, М. В., & Єрмоленко, К. В. (2018). Особливості зв'язку метамнемічних і креативних здібностей у структурі особистості студента. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, 2(2), 91-96.
23. Саннікова, О. П. (2013). Багатовимірна концепція особистості. *Проблеми сучасної психології*, (1), 15-21.
24. Саннікова, О. П., & Гордієнко, І. О. (2021). Самоприйняття та факторна структура особистості: психологічні ознаки та їх співвідношення. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, IX (98)*, (247), 59-64.
25. Становська З. Актуальні проблеми професійного становлення особистості майбутніх практичних психологів // Проблеми підготовки і підвищення кваліфікації практичних психологів у вузах / за ред. С. Д. Максименка. К. : Т. : Нікацентр, 2002. С. 49–52.
26. Укханова, А. (2020). Інтернет-залежність та психосоматизація як модератори взаємовідношень між стресом та ризиковою поведінкою підлітків. *«Наукові записки Національного університету «Острозька академія»: серія «Психологія»*», (11), 82-87.
27. Хомуленко, Б. В. (2013). Рольова структура особистості психолога. *Науковий вісник Миколаївського державного університету імені ВО Сухомлинського. Серія: Психологічні науки*, (2, Вип. 11), 307-311.
28. Хомуленко, Т. Б., Василенко, Я. О., & Коваленко, М. В. (2014). Психосоматичний підхід у проблематиці психології розвитку: теоретичні та прикладні аспекти. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені ГС Сковороди. Психологія*, (49), 176-192.
29. Хохліна, О. П. (2016). Проблема структури особистості у психології.

30. Федоренко, О. Є. (2007). Психосоматика та психотерапія в сучасній дерматології. *Укр. журн. дермат., венерол., косметології*, (1), 54-56.
31. Черкашина, Л. В., Дорошенко, М. М., Панченко, М. С., Шкляр, С. П., & Дорошенко, І. Г. (2013). Особливості перебігу соматоформних розладів у молодому віці. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. ПЛ Шупика*, (22 (2)), 191-201.
32. Andreski, P., Chilcoat, H., & Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry research*, 79(2), 131-138
33. Ahmed, H., Allaf, M., & Elghazaly, H. (2020). COVID-19 and medical education. *The Lancet infectious diseases*, 20(7), 777-778.
34. Afari, N., Ahumada, S. M., Wright, L. J., Mostoufi, S., Golnari, G., Reis, V., & Cuneo, J. G. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 76(1), 2.
35. Bacon, N. M., Bacon, S. F., Atkinson, J. H., Slater, M. A., Patterson, T. L., Grant, I., & Garfin, S. R. (1994). Somatization symptoms in chronic low back pain patients. *Psychosomatic Medicine*, 56(2), 118-127.
36. Bener, A., Verjee, M., Dafeeah, E. E., Falah, O., Al-Juhaishi, T., Schlogl, J., ... & Khan, S. (2013). Psychological factors: anxiety, depression, and somatization symptoms in low back pain patients. *Journal of pain research*, 95-101.
37. Boyraz, G., & Legros, D. N. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) and traumatic stress: probable risk factors and correlates of posttraumatic stress disorder. *Journal of Loss and Trauma*, 25(6-7), 503-522.
38. Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), 151-172.
39. Campo, J. V., & Fritsch, S. L. (1994). Somatization in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(9), 1223-1235.
40. Chan, J. F. W., Yuan, S., Kok, K. H., To, K. K. W., Chu, H., Yang, J., ... & Yuen, K. Y. (2020). A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel

coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *The Lancet*, 395(10223), 514-523.

41. De Gucht, V., & Fischler, B. (2002). Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, 43(1), 1-9.
42. Escobar, J. I., Rubio-Stipec, M., Canino, G., & Karno, M. (1989). Somatic Symptom Index (SSI): A new and abridged somatization construct: Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *The Journal of nervous and mental disease*, 177(3), 140-146.