

«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ  
Кафедра психології

На правах рукопису

ВАГАБОВ ВІТАЛІЙ ВАЛЕРІЙОВИЧ

ПСИХОСОМАТИЧНІ ПРОЯВИ ТРАНСФОРМАЦІЇ  
ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Спеціальність: 053 Психологія

Освітня програма Психологія

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра

Науковий керівник:  
**Пріснякова Людмила Макарівна**,  
кандидат психологічних наук,  
доцент

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол засідання кафедри

№ 7 від 26.12.2025

Завідувач кафедри

Людмила ПРИСНЯКОВА

Нормоконтроль

Наталія СЕРГІЄНКО

Дніпро, 2026

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД  
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ**

Кафедра психології  
Освітній ступінь магістр  
Спеціальність 053 Психологія  
Освітня програма «Психологія»

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри психології  
*Людмила ПРІСНЯКОВА*  
«*12*» лютого 2026 року

**ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ  
ВАГАБОВ ВІТАЛІЙ ВАЛЕРІЙОВИЧ**

1. Тема роботи: «Психосоматичні прояви трансформації психічного здоров'я»
2. Науковий керівник роботи: Пріснякова Людмила Макарівна, кандидат психологічних наук, доцент  
Затверджені наказом вищого навчального закладу від «    »    202\_ року №
3. Термін подання роботи на кафедру: 12.02.2026 р.
4. Мета кваліфікаційної роботи: дослідити особливості подружніх конфліктів у молодій сім'ї і розробити тренінгові програму, спрямовану на розвиток вміння налагоджувати ефективні взаємини у сім'ї.
5. Завдання кваліфікаційної роботи:
  1. Здійснити аналіз психолого-педагогічної літератури з проблеми подружнього конфлікту у молодій сім'ї.
  2. Проаналізувати існуючі в теорії і на практиці підходи до діагностики у сімейному консультуванні, а також до надання психологічної допомоги сім'ї.

3. Апробувати розроблений Н. Пезешкіаном при співробітництві Х. Дайденабаха та адаптований нами методичний підхід позитивної психотерапії і сімейної психотерапії для дослідження причин виникнення подружніх конфліктів у молодій сім'ї.

4. Зробити кількісний та якісний аналіз отриманих результатів.

5. Розробити та впровадити тренінгову програму: «Конструктивне вирішення конфліктів у сімейних взаємостосунках».

6. Розробити рекомендації молодій сім'ї щодо оптимізації подружніх взаємин.

#### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вступ	вересень 2025 р.	виконано
2.	Розділ 1	жовтень 2025 р.	виконано
3.	Розділ 2	листопад 2025 р.	виконано
3.	Розділ 3	грудень 2025 р.	виконано
4.	Висновки та рекомендації	січень 2026 р.	виконано
5.	Робота в цілому	лютий 2026 р.	виконано

Науковий керівник \_\_\_\_\_ Людмила ПРІСНЯКОВА

Здобувач вищої освіти \_\_\_\_\_ Віталій ВАГАБОВ

Дата видачі завдання 13.02.2025 р.

## АНОТАЦІЯ

Феномен психічного здоров'я є предметом дослідження значної кількості наукових праць. Серед західних дослідників у розроблення теорій психічного здоров'я значний внесок зробили К. Роджерс, А.Маслоу, Г.Олпортом, В.Франкл; сучасні доробки представлені у працях М. Яходи (Jahoda M.), К.Кіз(Keyes C.), С.Ламерса (S. Lamers), ін. У вітчизняній психологічній науці феномен психічного здоров'я вивчався у працях таких вчених: С.Болтівець, І. Галецька, Л. Деркач, В.Кохан, І.Коцан, Г.Ложкін, С.Максименко, Є. Потапчук, Л.Пріснякова, Н.Світлична, О. Сергієні, Р. Сірко, І.Спіріна.

Тому *метою* є визначення механізмів трансформації психічного здоров'я у деякі психосоматичні розлади.

Поставлена мета зумовила потребу виконання таких *дослідницьких завдань*:

1. Дослідити сучасні підходи до трактування поняття психічне здоров'я;
2. Окреслити теоретичні концепції психічного здоров'я особистості;
3. Визначити підходи до дослідження психічного здоров'я;
4. Прослідкувати за взаємозв'язком між психічним та фізичним здоров'ям;
5. Теоретично дослідити підвалини психосоматики як окремого напрямку психології та медицини;
6. Надати класифікацію психосоматичних розладів;
7. Виділити характеристики поведінкових типів особистостей А та Б;
8. Емпірично дослідити трансформацію психічного здоров'я особистості за допомогою обраного комплексу методик.

**Об'єктом дослідження** є психічне здоров'я та психосоматичні прояви трансформації психічного здоров'я.

**Предметом дослідження** є специфічні типи реакцій людей на впливи стимулу зовнішнього середовища у сукупності з індивідуально-психологічними особливостями кожного індивіда.

**Гіпотези дослідження:**

**Гіпотеза дослідження 1.** Єйфорична активність у поєднанні з пасивним реагуванням допомагають мінімізуються стрес та депресію у дюдини.

**Гіпотеза дослідження 2.** При домінуванні дисфоричного реагування позитивні та негативні імпульси зводяться до негативних переживань як наслідок досліджувані із таким типом реагування мають вищий у порівнянні із іншими відсоток стресу та депресії.

**Гіпотеза дослідження 3.** Високі показники активного ставлення, високого тону, спокою, стійкого емоційного тону, задоволення життям, позитивного образу себе напряду пов'язані із низькими показниками депресивних станів.

**Гіпотеза дослідження 4.** Показники пасивного стану, низького тону, тривоги, нестійкого емоційного тону, незадоволення життям, негативного образу себе напряду пов'язані із високими показниками депресивних станів.

**Гіпотеза дослідження 5.** Темперамент людини пов'язаний із типом її поведінкової активності.

**Гіпотеза дослідження 6.** Мотивація досягнення пов'язана із типом поведінкової активності (тип поведінкової активності А – мотив прагнення успіху; тип поведінкової активності Б – мотив уникнення невдачі).

**Методи дослідження.** Методологічним принципом, використаним у дипломній роботі є принцип системності психологічної науки, що вимагає розглядати психіку як складну систему взаємопов'язаних психічних явищ.

Для виконання завдань, поставлених у дипломній роботі, використано сукупність методичних засобів: описовий для – для розвідки теоретичних підвалини дослідження психічного здоров'я як феномену, а також

психосоматики; компаративістський для порівняння отриманих емпіричних даних, аналітичний – для детального опису усіх компонентів дослідження, кількісний та якісний у інтерпретації отриманих результатів дослідження анкетним методом завдяки семи методикам: 1. Шкала психологічного стресу *PSM-25* Купріянова; 2. Діагностика мотивації досягнення А. Мехрабіана; 3. Діагностика типу поведінкової активності *Jenkins Activity Survey (JAS)*; 4. Методика діагностики типу емоційної реакції на вплив стимулу навколишнього середовища; 5. Тест «Формула темпераменту» А.Белова; 6. Методика визначення домінуючого стану Кулікова *ДС-6*; 7. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В.А.Жмурова.

***Наукова новизна отриманих результатів:***

Психічне здоров'я є головною умовою психологічного добробуту, щасливого та повноцінного існування як окремої людини так і суспільства в цілому. Тому високий його рівень характеризує суспільство як благополучне та здорове, тоді як низькі його показники вимагають негайного звернення та проведення відповідних заходів для покращення психічного здоров'я суспільства в цілому. Отримані результати дослідження нададуть можливість побачити рівень психічного здоров'я на стихійній виборці «сніжний ком», яка є демонстративною картиною сучасного українського суспільства з точки зору гендерно-вікової репрезентації.

***Практичне значення отриманих результатів.*** Сукупність застосованих у магістерській роботі методик дозволить досліджувати стан психічного здоров'я, а також психосоматичну складову на великих масивах людей.

***Ключові слова:*** психосоматичні розлади, психічне здоров'я, темпераментні особливості особистості, емоційні реакції, мотивація досягнення, депресивні стани.

## SUMMARY

The phenomenon of mental health is the subject of research in a significant number of scientific works. Among Western researchers, a significant contribution to the development of theories of mental health was made by K. Rogers, A. Maslow, G. Allport, V. Frankl; modern developments are presented in the works of M. Jahoda, C. Keyes, S. Lamers, etc. In domestic psychological science, the phenomenon of mental health was studied in the works of the following scientists: S. Boltivets, I. Galetska, L. Derkach, V. Kokhan, I. Kotsan, G. Lozhkin, S. Maksimenko, E. Potapchuk, L. Prisniakova, N. Svitlychna, O. Serhieni, R. Sirko, I. Spirina.

Therefore, the **purpose** is to identify the mechanisms by which mental health is transformed into certain psychosomatic disorders.

This purpose necessitated the following research **tasks**:

1. To research modern approaches to the concept of mental health;
2. To outline theoretical concepts of individual mental health;
3. To define approaches to the study of mental health;
4. To explore the relationship between mental and physical health;
5. To theoretically explore the foundations of psychosomatics as a distinct area of psychology and medicine;
6. To provide a classification of psychosomatic disorders;
7. To highlight the characteristics of behavioral personality types A and B;
8. To empirically study the transformation of an individual's mental health using a selected set of methods.

**Study object** is mental health and the psychosomatic manifestations of mental health transformation.

**Study subject** is the specific types of human reactions to the influence of environmental stimuli, in conjunction with the individual psychological characteristics of each individual.

### **Research hypotheses:**

**Research Hypothesis 1:** Euphoric activity combined with passive responding helps minimize stress and depression in Dyudin.

**Research Hypothesis 2:** When dysphoric responding predominates, positive and negative impulses are reduced to negative experiences. Consequently, subjects with this type of response have a higher rate of stress and depression than others.

**Research Hypothesis 3:** High levels of active engagement, high energy, calm, stable emotional tone, enjoyment of life, and a positive self-image are directly associated with low rates of depressive states.

**Research Hypothesis 4:** Levels of passive behavior, low energy, anxiety, unstable emotional tone, dissatisfaction with life, and a negative self-image are directly associated with high rates of depressive states.

**Research Hypothesis 5:** A person's temperament is associated with their type of behavioral activity.

**Research hypothesis 6:** Achievement motivation is associated with the type of behavioral activity (type of behavioral activity A – motive of striving for success; type of behavioral activity B – motive of avoiding failure).

**Research methods.** The methodological principle used in this thesis is the systemic nature of psychological science, which requires considering the psyche as a complex system of interconnected mental phenomena.

To achieve the objectives of this thesis, a combination of methodological tools was used: descriptive – for exploring the theoretical foundations of studying mental health as a phenomenon, as well as psychosomatics; comparative – for comparing the obtained empirical data; analytical – for a detailed description of all components of the study; quantitative and qualitative – in interpreting the results of the study using the questionnaire method thanks to seven techniques: 1. Kupriyanov's *PSM-25 Psychological Stress Scale*; 2. A. Mehrabian's *Achievement Motivation Test*; 3. *Jenkins Activity Survey (JAS) Behavioral Activity Type Diagnostics*; 4. *Method for Diagnostics of the Type of Emotional Response to the Influence of Environmental Stimuli*; 5. A. Belov's "Temperament Formula" Test; 6. Kulikov's *DS-6 Dominant State Determination Method*; 7. *Methodology of differential diagnostics of depressive states* by V.A. Zhmurov.

**Scientific novelty of the obtained results:**

Mental health is the key to psychological well-being, a happy, and fulfilling existence for both individuals and society as a whole. Therefore, a high level characterizes a society as prosperous and healthy, while low levels require immediate attention and appropriate measures to improve the mental health of society as a whole. The obtained research results will allow us to assess the level of mental health using a random "snowball" sample, which provides a representative picture of contemporary Ukrainian society in terms of gender and age representation.

Practical significance of the obtained **results**: The combination of methods used in this master's thesis will allow us to study the state of mental health, as well as the psychosomatic component, in large populations

## ВСТУП

*Актуальність теми дипломної магістерської праці.* На сьогоднішній день є численна кількість наукових праць та практичних надбань, які присвячені темі психічного здоров'я. Тему висвітлюють із різних ракурсів та із різними актуальними акцентами: психологічної, медичної, соціальної та ін. Тема обговорювана й серед не наукової спільноти, як у контексті психічного здоров'я окремих особистостей, так і суспільства в цілому. Ті виклики, які постали перед сучасним українським суспільством є серйозним випробуванням для життя і здоров'я як тілесного, так і психічного; формування нових (раніше не застосованих) механізмів психологічного захисту та самозбереження ресурсу, адаптації до тих змін, які відбуваються. Тому дослідження психічного здоров'я та тих психосоматичних явищ, які відбуваються у наслідок його трансформації є питанням нагальним та потребує свого поглибленого вивчення.

Феномен психічного здоров'я є предметом дослідження значної кількості наукових праць. Серед західних дослідників у розроблення теорій психічного здоров'я значний внесок зробили К. Роджерс, А. Маслоу, Г. Олпорт, В. Франкл; сучасні доробки представлені у працях М. Яходи (Jahoda M.), К. Кіз (Keyes C.), С. Ламерса (S. Lamers), ін. У вітчизняній психологічній науці феномен психічного здоров'я вивчався у працях таких вчених: С. Болтівець, І. Галецька, Л. Деркач, В. Кохан, І. Коцан, Г. Ложкін, С. Максименко, Є. Потапчук, Л. Пріснякова, Н. Світлична, О. Сергієні, Р. Сірко, І. Спіріна. Психічне здоров'я є предметом дослідження представників когнітивно-поведінкового напрямку психології. Структурне уявлення про феномен психологічного здоров'я є доробком Л. Божович, Л. Виготського, С. Максименка та ін.. Перелік обмежений формальними вимогами до обсягу тексту.

Теоретичні підвалини психосоматики як окремого напрямку психології та медицини досліджували такі провідні вчені як Ф. Александер, М. Блуменфілд, Ф. Данбар, Ф. Дойч, Р. Розенман, Дж. Страйн, Г. Фрідман, І.-Х. Хайнрот ін. Проблеми психосоматичних захворювань як наслідок трансформації

психічного здоров'я осіб вивчають такі вітчизняні та зарубіжні дослідники: М.Маркова, С.Саржевський, М. Хломіцький, Т. Яворська. Втім, незважаючи на значні теоретичні та практичні досягнення тема потребує ще більш глибокого вивчення окремих аспектів.

Тому *метою* є визначення механізмів трансформації психічного здоров'я у деякі психосоматичні розлади.

Поставлена мета зумовила потребу виконання таких *дослідницьких завдань*:

1. Дослідити сучасні підходи до трактування поняття психічне здоров'я;
2. Окреслити теоретичні концепції психічного здоров'я особистості;
3. Визначити підходи до дослідження психічного здоров'я;
4. Прослідкувати за взаємозв'язком між психічним та фізичним здоров'ям;
5. Теоретично дослідити підвалини психосоматики як окремого напрямку психології та медицини;
6. Надати класифікацію психосоматичних розладів;
7. Виділити характеристики поведінкових типів особистостей А та Б;
8. Емпірично дослідити трансформацію психічного здоров'я особистості за допомогою обраного комплексу методик.

**Об'єктом дослідження** є психічне здоров'я та психосоматичні прояви трансформації психічного здоров'я.

**Предметом дослідження** є специфічні типи реакцій людей на впливи стимулу зовнішнього середовища у сукупності з індивідуально-психологічними особливостями кожного індивіда.

**Гіпотези дослідження:**

*Гіпотеза дослідження 1.* Ейфорична активність у поєднанні з пасивним реагуванням допомагають мінімізуватися стрес та депресію у людини.

*Гіпотеза дослідження 2.* При домінуванні дисфоричного реагування позитивні та негативні імпульси зводяться до негативних переживань як

наслідок досліджувані із таким типом реагування мають вищий у порівнянні із іншими відсоток стресу та депресії.

**Гіпотеза дослідження 3.** Високі показники активного ставлення, високого тону, спокою, стійкого емоційного тону, задоволення життям, позитивного образу себе на пряму пов'язані із низькими показниками депресивних станів.

**Гіпотеза дослідження 4.** Показники пасивного стану, низького тону, тривоги, нестійкого емоційного тону, незадоволення життям, негативного образу себе на пряму пов'язані із високими показниками депресивних станів.

**Гіпотеза дослідження 5.** Темперамент людини пов'язаний із типом її поведінкової активності.

**Гіпотеза дослідження 6.** Мотивація досягнення пов'язана із типом поведінкової активності (тип поведінкової активності А – мотив прагнення успіху; тип поведінкової активності Б – мотив уникнення невдачі).

**Методи дослідження.** Методологічним принципом, використаним у дипломній роботі є принцип системності психологічної науки, що вимагає розглядати психіку як складну систему взаємопов'язаних психічних явищ.

Другим методологічним принципом дипломної роботи є принцип єдності психіки (свідомості) та діяльності. У роботі використаний принцип комбінаторності, де два та більше методів доповнюють інформативні дані, зібрані у ході дослідження, а принцип кореляції даних встановлює факт взаємозв'язку певного стану особистості у одній змінній методики дослідження із певними значеннями змінних іншої методики. Психосоматика ж як наука спирається на принципи психоаналізу у своїх дослідженнях, вивчаючи фізичні та фізіологічні реакції організму на різні психічні стани.

Для виконання завдань, поставлених у дипломній роботі, використано сукупність методичних засобів: описовий для – для розвідки теоретичних підвалини дослідження психічного здоров'я як феномену, а також психосоматики; компаративістський для порівняння отриманих емпіричних даних, аналітичний – для детального опису усіх компонентів дослідження,

кількісний та якісний у інтерпретації отриманих результатів дослідження анкетним методом завдяки семи методикам: 1. Шкала психологічного стресу *PSM-25* Купріянова; 2. Діагностика мотивації досягнення А. Мехрабіана; 3. Діагностика типу поведінкової активності *Jenkins Activity Survey (JAS)*; 4. Методика діагностики типу емоційної реакції на вплив стимулу навколишнього середовища; 5. Тест «Формула темпераменту» А.Белова; 6. Методика визначення домінуючого стану Кулікова *ДС-6*; 7. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В.А.Жмурова.

***Наукова новизна отриманих результатів:***

Психічне здоров'я є головною умовою психологічного добробуту, щасливого та повноцінного існування як окремої людини так і суспільства в цілому. Тому високий його рівень характеризує суспільство як благополучне та здорове, тоді як низькі його показники вимагають негайного звернення та проведення відповідних заходів для покращення психічного здоров'я суспільства в цілому. Отримані результати дослідження нададуть можливість побачити рівень психічного здоров'я на стихійній виборці «сніжний ком», яка є демонстративною картиною сучасного українського суспільства з точки зору гендерно-вікової репрезентації.

***Практичне значення отриманих результатів.*** Сукупність застосованих у магістерській роботі методик дозволить досліджувати стан психічного здоров'я, а також психосоматичну складову на великих масивах людей.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, дев'яти підрозділів, висновку, переліку посилань та додатків.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я.....</b>	<b>7</b>
1.1 Сучасне трактування поняття психічне здоров'я.....	7
1.2 Теоретичні концепції психічного здоров'я особистості: психологічний вимір.....	12
1.3 Підходи до дослідження психічного здоров'я.....	26
1.4 Взаємозв'язок психічного та фізичного здоров'я.....	30
<b>ВИСНОВОК ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ.....</b>	<b>38</b>
<b>РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИКИ ЯК ОКРЕМОГО НАПРЯМУ ПСИХОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНИ.....</b>	<b>42</b>
2.1. Теоретичні підвалини дослідження психосоматики.....	42
2.2. Класифікація психосоматичних розладів.....	48
2.3. Характеристика типів поведінкової активності (А, Б).....	49
<b>ВИСНОВОК ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ.....</b>	<b>60</b>
<b>РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ: ТРАНСФОРМАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ОСОБИСТОСТІ.....</b>	<b>62</b>
3.1. Обґрунтування щодо обраного для емпіричного дослідження психодіагностичного інструментарію.....	62
3.2. Кількісний та якісний аналіз за обраним психодіагностичним інструментарієм.....	64
<b>ВИСНОВОК ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ.....</b>	<b>84</b>
<b>ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....</b>	<b>86</b>
<b>ПЕРЕЛІК ПОСИЛАННЯ.....</b>	<b>92</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>ДЖЕРЕЛ,</b>

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

### 1.1.Сучасне трактування поняття психічне здоров'я

Психічне здоров'я особистості, незважаючи на численну кількість праць, присвячену йому, є питанням дискусивним і неоднозначним, адже існують різні підходи до трактування поняття «психічне здоров'я», його сутності та змісту. Тому важливо знати та розуміти сучасну концепцію психічного здоров'я особистості.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), психічне здоров'я – це «стан благополуччя, за якого людина усвідомлює свої власні здібності, може справлятися зі звичайними життєвими стресами, може продуктивно та плідно працювати та здатна зробити внесок у свою громаду» [1]. Хоча це визначення є суттєвим прогресом у відході від концептуалізації психічного здоров'я як стану відсутності психічного захворювання, воно викликає кілька занепокоєнь і піддається потенційним непорозумінням, коли воно визначає *позитивні почуття* та *позитивне функціонування* як ключові фактори психічного розвитку здоров'я. Фактично, розгляд благополуччя як ключового аспекту психічного здоров'я важко узгодити з багатьма складними життєвими ситуаціями, у яких благополуччя може бути навіть нездоровим: більшість людей вважатимуть психічно нездоровою людину, яка переживає стан благополуччя під час вбивства людей у воєнних діях, і вважав би здоровою особу, яка відчуває відчай після звільнення з роботи в ситуації, коли можливості для роботи обмежені. Люди з хорошим психічним здоров'ям часто сумні, злі або нещасні, і це є частиною повноцінного життя людини. Незважаючи на це, психічне здоров'я часто концептуалізували як суто позитивний вплив, позначений відчуттям щастя та відчуттям панування над навколишнім середовищем [2] [4]. Концепції, які використовуються в кількох

документах про психічне здоров'я, включають обидва ключові аспекти визначення ВООЗ, тобто позитивні емоції та позитивне функціонування. Кіз [5], [6] виділяє три компоненти психічного здоров'я: **емоційне благополуччя, психологічне благополуччя та соціальне благополуччя**. Емоційне благополуччя включає щастя, інтерес до життя та задоволення; психологічне благополуччя включає в себе симпатію до більшості частини власної особистості, вміння справлятися з обов'язками повсякденного життя, мати хороші стосунки з іншими та бути задоволеним власним життям; Соціальний добробут відноситься до позитивного функціонування та передбачає можливість зробити внесок у суспільство (соціальний внесок), почуватися частиною спільноти (соціальна інтеграція), вірити, що суспільство стає кращим місцем для всіх людей (соціальна актуалізація), і що те, як працює суспільство, має для них сенс (соціальна злагожденість). Однак такий погляд на психічне здоров'я під впливом гедонічних та евдемонічних традицій, які відстоюють позитивні емоції та досконалість у функціонуванні, відповідно [7], ризикує виключити більшість підлітків із цього переліку, через їхню сором'язливість, а також тих, хто бореться проти несправедливості та нерівності.

**Концепція позитивного функціонування** також перекладається декількома визначеннями та теоріями психічного здоров'я на здатність продуктивно працювати [1],[8], і може призвести до неправильного висновку, що особа у віці або фізичному стані, який заважає їй/йому продуктивно працювати не є за визначенням у хорошому психічному здоров'ї. Продуктивна та плідна робота часто неможлива через контекстуальні причини (наприклад, для мігрантів або дискримінованих людей), які можуть перешкоджати людям робити внесок у свою спільноту.

Марія Яхода (Джагода) [9] поділяє психічне здоров'я на **три сфери**: самореалізація, коли люди здатні повністю використовувати свій потенціал; відчуття панування над навколишнім середовищем; і почуття автономії, тобто здатність ідентифікувати проблеми, протистояти і вирішувати їх. Мерфі [10] стверджував, що ці ідеї були навантажені культурними цінностями. До

прикладу автор демонструє важливість культурних цінностей для жителів Північної Америки, проте навіть у цьому випадку важко уявити, наприклад, що психічно здорова людина в руках терористів під загрозою обезголовлення може відчувати щастя і панувати над навколишнім середовищем [10].

Ми можемо стверджувати, що на визначення психічного здоров'я явно впливає культура, яка його визначає. Однак, як також відстоював Вільянт [11], здоровий глузд повинен переважати, і можна визначити певні елементи, які мають *універсальне значення для психічного здоров'я*. Наприклад, незважаючи на культурні відмінності у різних країнах у плані харчових звичок, загальне визнання важливості вітамінів.

Усвідомлюючи той факт, що відмінності між країнами в цінностях, культурі та соціальному становищі можуть перешкоджати досягненню загального консенсусу щодо *концепції психічного здоров'я*, світова наукова спільнота прагнула розробити всеосяжне сучасне визначення, уникаючи, наскільки це можливо, обмежувальних і культурних тверджень. Концепція, згідно з якою психічне здоров'я – це не просто відсутність психічних захворювань [1],[8], була одностайно схвалена, тоді як еквівалентність між психічним здоров'ям і благополуччям/функціонуванням – ні, а визначення залишає простір для різних емоційних станів і для «недосконалого функціонування». Тож, *психічне здоров'я* – це динамічний стан внутрішньої рівноваги, який дозволяє індивідам використовувати свої здібності в гармонії з універсальними цінностями суспільства [42]. Базові когнітивні та соціальні навички; здатність розпізнавати, виражати та модулювати власні емоції, а також співпереживати іншим; гнучкість і здатність долати несприятливі життєві події та виконувати соціальні ролі; і гармонійний зв'язок між *тілом і розумом* є важливими компонентами психічного здоров'я, які різною мірою сприяють стану внутрішньої рівноваги. Тут є примітка, яка пояснює, що мається на увазі у визначенні під виразом «загальнолюдські цінності», вважається необхідним у світлі оманливого використання цього виразу в певних політичних і соціальних обставинах. Таким чином, це такі цінності:

повага та турбота про себе та інших живих істот; визнання зв'язку та взаємовпливу між людьми; дбайливе ставлення до навколишнього середовища; повага до своєї та чужої свободи.

Поняття *«динамічний стан внутрішньої рівноваги»* покликане відобразити той факт, що різні життєві епохи вимагають змін досягнутої рівноваги: підліткові кризи, шлюб, батьківство чи вихід на пенсію є хорошими прикладами життєвих епох (криз), які вимагають активного пошуку нової психічної рівноваги [42]. Ця концепція також включає та визнає реальність того, що психічно здорові люди можуть відчувати відповідні людські емоції, включаючи, наприклад, страх, гнів, смуток і горе, водночас володіючи достатньою стійкістю для своєчасного відновлення динамічного стану внутрішньої рівноваги. Усі компоненти, запропоновані у визначенні, представляють важливі, але не обов'язкові аспекти психічного здоров'я; по суті, вони можуть певною мірою сприяти стану рівноваги, так що повністю розвинені функції можуть компенсувати порушення в іншому аспекті психічного функціонування. Наприклад, дуже емпатична людина, яка дуже зацікавлена у взаємному обміні, може компенсувати помірний ступінь когнітивного порушення, і все одно знайти задовільну рівновагу та переслідувати свої життєві цілі.

Основні причини, які лежать в основі вибору компонентів, включених до визначення, наведені нижче. Базові когнітивні та соціальні навички розглядаються як важливий компонент психічного здоров'я в світлі їхнього впливу на всі аспекти повсякденного життя [12] [13] [14] [15]. Когнітивні навички включають здатність звертати увагу, запам'ятовувати та систематизувати інформацію, вирішувати проблеми та приймати рішення; соціальні навички передбачають здатність використовувати власний репертуар вербальних/невербальних здібностей для спілкування та взаємодії з іншими.

Усі ці здібності є взаємозалежними і дозволяють людям функціонувати у своєму середовищі. Посилання на «базовий» рівень цих здібностей має на меті роз'яснити, що легкі ступені порушення сумісні з психічним здоров'ям,

тоді як помірні та важкі ступені порушення, особливо якщо вони не збалансовані іншими аспектами, можуть потребувати підтримки з боку інших членів суспільства, а також низку соціальних стимулів, таких як полегшені можливості працевлаштування, фінансові пільги або спеціальні програми навчання. Емоційна регуляція, тобто здатність розпізнавати, виражати та модулювати власні емоції, також розглядається як важливий компонент психічного здоров'я [16]. Він був запропонований як медіатор адаптації до стресу [17], [18], і зв'язок між неадекватною або неефективною емоційною регуляцією та депресією був виявлений у клінічних дослідженнях та дослідженнях нейровізуалізації [19] [20] [21] [22]. Різноманітність модульованих варіантів емоційної реакції, які можна гнучко використовувати, сприяють психічному здоров'ю людини, а алекситимія (тобто нездатність ідентифікувати та виражати власні емоції) є фактором ризику психічних і фізичних розладів [23], [24]. Емпатія, тобто здатність переживати та розуміти, що відчувають інші, не плутаючи себе та інших, дозволяє людям спілкуватися та взаємодіяти ефективними способами та передбачати дії, наміри та почуття інших [25]. Відсутність емпатії є не лише фактором ризику насильства та ознакою антисоціального розладу особистості, але й погіршує соціальні взаємодії на всіх рівнях. Гнучкість і здатність справлятися з несприятливими подіями також вважаються важливими для підтримки психічного здоров'я. Гнучкість означає здатність переглядати курс дій перед лицем непередбачуваних труднощів або перешкод, змінювати власні ідеї у світлі нових доказів і пристосовуватися до змін, яких можуть вимагати різні життєві епохи чи випадкові ситуації. Відсутність гнучкості може призвести до сильного дистресу для людини, яка зазнає раптових та/або важливих змін у житті, і є важливим аспектом кількох психіатричних розладів, таких як нав'язлива особистість або маревний розлад [26]. Базова здатність виконувати соціальні ролі та брати участь у значущих соціальних взаємодіях є важливим аспектом психічного здоров'я та особливо сприяє стійкості до дистресу; однак соціальне відчуження та стигматизація часто погіршують участь у суспільстві, тому будь-

яке визначення психічного здоров'я, що стосується цього аспекту, має уникати «звинувачення жертви» та ретельно аналізувати соціальні моделі стигматизації, дискримінації та відчуження, які перешкоджають участі [27]. Включення гармонійного зв'язку між тілом і розумом базується на концепції, згідно з якою *розум, мозок, організм і навколишнє середовище тісно взаємопов'язані*, і загальний досвід перебування у світі не можна відокремити від того, як тіло відчуває себе в навколишньому середовищі. [28]. Порушення цієї взаємодії можуть призвести до психотичних переживань, розладів харчування, самоушкодження, дисморфічних розладів тіла або поганого фізичного здоров'я. Визначення психічного здоров'я, повинно мати інклюзивний підхід, бути максимально вільним від обмежувальних і культурних тверджень і максимально наближеним до людського життєвого досвіду, який може бути як радісним, так і сумним. Запропоноване визначення також сумісне з перспективою руху відновлення, в якому відновлення після хвороби розглядається як процес, спрямований на досягнення повноцінного та цінного життя шляхом розвитку функцій, збережених хворобою, незважаючи на те, що інші функції мають був порушений [29].

## **1.2. Теоретичні концепції психічного здоров'я особистості: психологічний вимір**

Фундаментом для сучасного розуміння поняття «психічне здоров'я» послуговували теоретичні концепції психічного здоров'я, які існують у психологічній науці. Початок формування підходів до розуміння походження, змісту та структури психічного здоров'я пов'язаний з роботами Зигмунда Фрейда, який розумів активність суб'єкта як складної живої системи – провідним фактором розвитку його психологічного здоров'я [43]. Тут слід звернути увагу на той факт, що Зигмунд Фрейд основну увагу приділяв проблемі нездоров'я, патологічних змін особистості, акцентуючи увагу на тому, що воно є наслідком внутрішньоособистісних конфліктів, а всі порушення

ціннісної та емоційної сфер – наслідки цього конфлікту. З. Фрейд відходить від старих психіатричних уявлень про психічне здоров'я, саме в рамках психоаналітичної школи стала переглядатися ідея «нормальності». Це час зародження нового напрямку – психотерапії (психоаналіз). Психоаналіз відмовляється від тогочасної ідеї нормальності та від прагнень адаптувати людини до соціуму. Виходячи із концепції психоаналізу *неврози* є наслідком тиску суспільних заборон. Тому у лікуванні неврозів застосовується метод психоаналізу, головною ціллю якого є звільнення несвідомого матеріалу, який раніше не був відомий. Психоаналіз зосереджується на впливі придушених імпульсів, внутрішніх конфліктів і дитячих травм, а також на тому, як вони впливають на психічне здоров'я та потім психотерапевт працює із матеріалом як зі свідомим. Психоаналіз як терапія має на меті змінити вашу особистість, зосередившись на зміні ваших звичок. Психотерапевти досліджують, як несвідомі конфлікти вашого розуму призвели до неврозу. Фрейд запевняв, що вивільнення заблокованого матеріалу може зменшити саморуйнівні тенденції. Психоаналітики використовують вільні асоціації та аналіз сновидінь, аналізують ваші механізми опору та поваги та працюють з вами через ваші почуття. Фрейд вважав, що несвідомі конфлікти викликають тривогу, примхливість, депресивні думки, тривожні риси особистості та труднощі у підтримці стосунків. Він вважав, що ці проблеми приховуються в минулому досвіді та стосунках. Ось чому психоаналіз фокусується на тривалому лікуванні. З фрейдистського психоаналізу розвивається інший не менш значний напрям – *аналітична психологія К. Г. Юнга*. Юнгіанський підхід до психічних розладів значно відрізняється від традиційної медицини. Карл Юнг, швейцарський психіатр і засновник аналітичної психології, вважав, що коли ми страждаємо від психічного розладу, психіка (розум і тіло) намагається вирішити якусь проблему. Характер і симптоми психічного розладу багато говорять нам про природу страждань. Що відрізняє юнгіанський підхід до цієї проблеми, це те, що Юнг відчував, що усунення симптомів заважає зрозуміти причину хвороби в першу чергу – тобто психічний розлад є цілеспрямованим,

функціональним і орієнтованим на здоров'я – психіка намагається зцілити себе через цю хворобу. До прикладу візьмемо депресію – ми відчуваємо втому, не хочемо ні з ким говорити, закриваємося в темній кімнаті, вимикаємо телевізор, перестаємо працювати і відчуваємо безнадійність. Усі жахливі симптоми, з точки зору юнгіанської психоаналітики треба подумати про те, що ці симптоми змушують нас робити. Вони змушують нас думати про себе та досліджувати проблеми нашого життя, які ми можемо ігнорувати (скажімо, наприклад, важкий період у дитинстві). Коли ми вирішуємо ці проблеми, ми часто виявляємо, що симптоми зменшуються. Річ у тім, що тривале емоційне потрясіння має певну мету. Через психіку та тіло повідомити людині про збій у системі. Одним з найважливіших параметрів психічного здоров'я за Юнгом є здатність визнавати і зберігати індивідуальність у собі та у інших. Індивідуалізація дозволяє описувати ставлення людини до самої себе. Особистість сама створює свої якості, усвідомлює свою власну неповторність у якості цінності та не дозволяє зруйнувати її іншим людям. Таким чином, повноцінне психічне життя і розвиток були б так само неможливими і без здатності людини подивитися на себе та свої дії збоку та оцінити їх, тобто без здатності до саморефлексії. Юнг вважав, що свідомість і несвідоме не обов'язково протиставляються; вони доповнюють одне одне, формуючи таким чином цілісність, за Юнгом – самість. Самість – категорія, яка інтегрує у собі свідомий і несвідомий матеріал. «Я» продовжує залишатися центром свідомості, але вже не здається ядром всієї особистості. Юнг вказує, що людина повинна бути собою, вона має знайти власну індивідуальність, центр особистості, який однаково віддалений від свідомості і несвідомого; прагнення до цього ідеального центру. Індивідуалізація може бути представлена як спіраль, в якій людина продовжує зіштовхуватись із тими ж фундаментальними питаннями щоразу в більш тонкій формі. Кожна особистість має тенденцією до саморозвитку. Індивідуалізація – це процес становлення єдиного, однорідного. Це унікальність кожної особистості і, таким чином, вона передбачає самореалізацію, рух до більшої свободи. Чим більше наше самоусвідомлення,

тим більші нашарування особистого несвідомого. Розширена свідомість – це функція відносин зі світом об’єктивності, що вводить особистість в абсолютне, і нерозривне спілкування з широким світом. З точки зору «Я» ріст і розвиток складаються в інтегруванні нового матеріалу у свідомості; це набуття знань про світ і про себе. Зростання та розвиток для Я – це розширення свідомої обізнаності. Юнг зазначав, що ті, хто приходить до нього (як пацієнти) у першій половині свого життя – відносно мало залучені у внутрішній процес індивідуалізації; вони, як правило, зайняті в першу чергу досягненнями у зовнішньому світі, тобто проявляють себе як особистість, важливим є досягненням цілей «Я». Люди більш старшого віку зазвичай мають інші цілі – вони зайняті більше інтеграцією, ніж зовнішніми досягненнями, вони шукають гармонії і цілісності душі.

Далі слід розглянути *концепцію психічного здоров’я Альфреда Адлера* [30], який був першим, хто прийняв гуманістично-освітню модель людини на відміну від медичної моделі людини З.Фрейда. Це відповідало його глибокій причетності до профілактики; насправді його початковий інтерес був до медичної профілактики. Він розробив теорію особистості, яка найбільше підходить для застосування в профілактиці, освіті та короткочасній психотерапії. Для Адлера психічне здоров’я визначається рівнем соціального внеску, який є корисним для ширшої спільноти, тією мірою, якою людина інтегрується та розвиває соціальний контекст, таким чином вимірюючи його або її психічне здоров’я. Індивід не розвивається ізольовано. Найважливіша мета – знайти значуще місце або належність до соціальної групи [31]. Усі наші проблеми — це в основному соціальні проблеми, тобто те, як ми ставимося один до одного. Здатність співпрацювати та робити внесок є показником соціального інтересу та психічного здоров’я. Добре пристосована людина орієнтується і поводить відповідно до потреб ситуації. Непристосована людина має хибні уявлення про своє місце в групі, почуття ізоляції та неповноцінності та помилкові цілі, які є компенсацією цих почуттів. Люди спочатку виростають з почуттям неповноцінності, яке компенсується

розвитком унікального почуття вищості або прагненням до значущості (перехід від відчутного мінуса до уявного плюсу). Враховуючи невід’ємну соціальну природу індивідів, це прагнення розглядається через призму соціального інтересу: або адекватно виконувати життєві завдання суспільно корисними способами, або рухатися соціально марною стороною життя та жити у світі, який більше суперечить іншим, більше у власній приватній логіці та особистих прагненнях до переваги [32]. Згідно із теорією Адлера людина не ділиться на частини, а розглядається як неподільне ціле (холізм) [31]. Розум, тіло та емоції працюють разом на службі кінцевої вигаданої мети людини. Підготовлена особа може побачити теми та те, як все вписується в одну повну картину. Воттс виділив адлерівську філософську орієнтацію. Він зазначив, що це психолого-освітній; орієнтований на теперішнє/майбутнє; обмежений у часі; інтегрує когнітивні та системні перспективи; міцно резонує з постмодерністськими підходами; має спільну мову з когнітивно-поведінковими підходами; сумісний з раціонально-емотивною терапією та когнітивною терапією; орієнтований на сімейні системи; а також узгоджується з конструктивістськими, орієнтованими на рішення та підходами до наративної психотерапії.

- Висвітлюючи питання, присвячені психічному здоров’ю особистості, необхідно приділити значну увагу такому концептуальному напрямку як *гуманістична психологія*, яка має орієнтацію на вивчення смислових структур особистості. Тут ми звернемося перш за все, до праць таких провідних дослідників як А. Маслоу, К.Роджерс, В.Франкл (розширюємо перелік) [36] [40] [44]. Когнітивні потреби за А. Маслоу це – знання, значення, розуміння тощо. Потреби в самоактуалізації: реалізація особистого потенціалу, самореалізація, пошук таланту, особистісний ріст, піковий досвід тощо. *Гуманістична психологія* сприймає людей як інноваційних істот, здатних до зростання. Якщо забезпечити належне середовище, люди можуть змінити свою поведінку на досягнення свого максимального потенціалу. Дисфункція виникає в результаті конфліктів усвідомлення або обмежень реальності, які можна усунути за допомогою різних терапевтичних досвідів. А. Маслоу стверджував,

що незадоволення потреб на різних щаблях ієрархії може призвести до хвороби, зокрема психіатричної хвороби або проблем із психічним здоров'ям. Люди, чий фізіологічні потреби не задовольняються, можуть померти або сильно захворіти. Коли потреби безпеки не задовольняються, може виникнути посттравматичний стрес [44]. Маслоу припускає, що люди з депресією намагаються задовольнити нижчі ієрархічні потреби любові/приналежності та поваги. Як наслідок, це впливає на мотивацію. Отже, ієрархію Маслоу слід враховувати при лікуванні депресії для підвищення мотивації [36]. Інший представник гуманістичної психології *Карл Роджерс* вважає повноцінно функціонуючою особистістю таку, яка усвідомлює свої таємні почуття та прагнення. Така людина розуміє свої емоції і довіряє своїй інтуїції та імпульсам. Досягнення здорового функціонування вимагає безумовного позитивного ставлення та самореалізації. Безумовне позитивне ставлення стосується категоричної толерантності, любові чи поваги [34]. Головна відмінність безумовної любові від безумовної позитивної поваги полягає в тому, що остання не вимагає справжніх почуттів ніжності та прихильності. Натомість він вимагає від людини поступливості та доброзичливості, навіть якщо інша сторона зробила спірні вчинки. Роджерс стверджував, що люди повинні максимально розкрити свій потенціал. Це явище називається самоактуалізацією. Це передбачає досягнення найвищої точки психологічного розвитку, досягнення та задоволення. Люди мають властиві ресурси, щоб зрозуміти себе та змінити своє сприйняття, ставлення та поведінку. Однак ці ресурси можна використовувати за наявності клімату, який уможливорює психологічне ставлення [35]. Тому повнофункціональні особистості завжди прагнуть до самореалізації. Здорова функціонуюча людина не ставить умов щодо своєї цінності, може вільно висловлювати свої почуття та сприйнятлива до життєвого досвіду. Іншими словами, вони прийняли «екзистенціальне життя», максимізуючи кожен мить і можливість. В результаті вони досягають внутрішньої свободи, сприймають творчість, піднесення, змагання. Люди, що функціонують здорово, мають особливі риси, які допомагають їм

усвідомлювати свої емоції та приймати свої вимоги до особистісного зростання. Ці атрибути включають сприйнятливість до нового досвіду, відсутність захисної позиції, здатність точно тлумачити досвід, володіння категоричною самоповагою та здатність дружно жити з іншими людьми. Вони повинні бути гнучкими і здатними пристосовуватися до різних ситуацій. Крім того, вони повинні приймати конструктивні відгуки та бути готовими вносити необхідні зміни. Бути відкритим до досвіду означає сприйняття негативних і позитивних емоцій. Здатність працювати через негативні зустрічі та вчитися на них сприяє здоровому функціонуванню. Навпаки, звернення до механізму захисту еґо є згубним і може призвести до дисфункції. Інші характеристики включають досвід життя, творчість і наповнене життя. Життя на основі досвіду означає інтуїтивне усвідомлення різних подій, які відбуваються. Це передбачає цінування сьогодення, не зациклюючись на минулому чи передбаченні майбутнього. Творчість означає прийняття ризику для вивчення нового досвіду та можливостей, тоді як жити повноцінним життям означає бути щасливим і задоволеним. Людина завжди повинна довіряти своєму чуттю і здатності приймати правильні рішення. Дисфункція виникає, коли погане самосприйняття або зовнішні обмеження витісняють процес оцінки. Зміни та зростання відбуваються в міру самореалізації особистості за Роджерсом відбуваються, якщо людина перебуває в стані конгруентності, що означає, що ідеальне Я людини відповідає її реальному Я-образу [35]. Початковий погляд автора на людську природу полягав у тому, що люди — унікальні істоти з різними способами дій, почуттів і мислення. Тому кожному людину потрібно розглядати як окрему людину та поводитися з нею відповідно до її переконань і поглядів. Ця теорія перенаправила мислення на концепції інноваційності та потреби в самореалізації, які стосуються всіх людей. Особистісно-орієнтований підхід до терапії, описаний Карлом Роджерсом, відповідає цим цінностям. Самооцінка особистісних рис автора виявляє такі якості, як самосвідомість, емпатія, гнучкість і хороші комунікативні навички. За словами Карла Роджерса, терапевти повинні бути конгруентними, емпатійними та не засуджувати [33].

*Е. Фромм* «Психічне здоров'я в божевільному світі» пропагує цінність позитивної свободи особистості, запропонував образ «людини з продуктивним характером». На думку Е.Фромма така людина вільна і незалежна від зовнішнього контролю, керується розумом і тому здатна досягнути сутність явищ; сприймає себе як втілення власних сил і як «творця», здатна бачити людей такими, якими вони є, здатна любити; здатна творити силою уяви, їй властива екзистенційність потреб, які є джерелом активності [37]. Е. Фромм виділяв п'ять соціальних типів характеру, що представляють собою взаємодію екзистенційних потреб і соціального контексту у якому живуть люди. Е. Фромм розділив їх на два великі класи: непродуктивні (нездорові) і продуктивні (здорові) типи. Категорію продуктивних представляє тип ідеального психічного здоров'я в розумінні Е. Фромма. Цей тип – незалежний, чесний, спокійний, люблячий, творчий і здійснює соціально-корисні вчинки[37].

Основними потребами людини, які характеризують її сутність, є:

1. Потреба в спорідненості з іншими живими істотами;
2. потреба трансцендентності, підняття над простим існуванням;
3. потреба вкоріненості, зв'язку між поколіннями та всередині них;
4. потреба в само ідентифікації;
5. потреба в рамці орієнтації та відданості.

Психічне здоров'я, за Е. Фроммом певною мірою залежить від індивідуальних факторів (наприклад, відсутність пухлин мозку, функціональні сім'ї, «здорові» когнітивні структури), але в основному це питання того, що суспільство робить можливим. Психічне здоров'я не можна визначити як пристосування індивіда до суспільства, скоріше його слід визначити в термінах пристосування суспільства до потреб людини: психічне здоров'я характеризується здатністю любити і творити, появою кровозмішних зв'язків із кланом і землею, почуттям ідентичності, заснованим на досвіді себе як суб'єкта своєї влади, розумінням реальності всередині та ззовні» нас самих, тобто шляхом розвитку об'єктивності та розуму. [38] [41]. Чи є якісь підстави вважати, що «нормальне» функціонування сучасних суспільств водночас

божевільне та створює умови для поганого психічного здоров'я. Досвід психічного розладу для людей може бути надзвичайно болісним, навіть спричиняючи смерть. «Божевілля» для них — це не соціальна конструкція, воно переживається всередині них самих як індивідів, це цілком реально. Цей факт треба визнати. Емпірично існує відповідність між традиційними уявленнями про локалізацію божевілля в індивідах і індивідуальним досвідом цього. Однак справа в тому, що нам потрібно вийти за межі цієї концепції божевілля, щоб зіткнутися з проблемою соціального божевілля – «патології нормальності» Фромма. Можливо, люди намагаються зберегти здоровий глузд у божевільних суспільствах, а «нормальне» функціонування суспільства насправді є патологічним. Таке філософське тлумачення психічного здоров'я Е.Фроммом розширює межі «норми» та «патології» та дозволяє поглянути на проблему психічного здоров'я під іншим ракурсом.

Дещо інший підхід до проблеми психічного здоров'я запропонував австрійський психіатр **Віктор Франкл**, відомий представник екзистенціальної психології. У своїй праці «Людина у пошуках сенсу» говорить про те, що люди мотивуються чимось, що називається «воля до сенсу», тобто бажання знайти сенс життя. Він стверджував, що життя може мати сенс навіть у найжахливіших обставинах і що мотивація до життя походить від знаходження цього сенсу. У його пошуку людину спрямовує совість, яка для Франкла тотожна «внутрішньому голосу», що направляє людину по шляху до досягнення здоров'я [39]. Щоб сповнити життя сенсом, отже зробити його усвідомленим, людині потрібно виявляти відповідальність, творчість у роботі, уміння переживати, – зазначає Франкл. Психотерапія, яка запропонована Віктором Франклом має назву – *логотерапія*, вона базується на передумові, що основною мотиваційною силою людини є пошук сенсу життя. Франкл описує її як «Третю віденську школу психотерапії» разом з ідеями з психоаналізу Фрейда та індивідуальною психологією Адлера.

Наступним напрямом психологічної науки є *гештальтизм*. Відносно трактування психічного здоров'я у такому напрямі як гештальтизм, варто

відзначити, що для представників цього напрямку психології запорукою психічного здоров'я особистості є надбання людиною необхідних їй гештальтів, які включали б усі грані функціонування мозку. Гештальтпсихологія як науковий напрям виникла завдяки М. Вертгеймеру, В. Келеру та К. Коффці як спроба теоретично обґрунтувати деякі феномени зорового сприйняття. Замість пошуку елементів свідомості цей напрям зробив **наголос на її цілісності**. Керуючись принципом холізму, Вертгеймер і його послідовники виявили випадки, коли сприйняття ґрунтувалося на баченні речей як завершеного цілого, а не як окремих компонентів. Гештальти мають свої закони і характеристики. Єдиною психічною реальністю гештальтпсихологи вважали факти свідомості. Гештальтисти застосовували у дослідженнях феноменологічний метод – варіант інтроспективного методу, який не вимагає від людини розщеплювати свій досвід на елементи, а навпаки, заохочує до проникнення в реальність душевного життя якомога повніше (тут має допомогти позиція «наївного» спостерігача, не обтяженого попередніми досвідом про ідеальну модель реальності). Гештальтпсихологія знайшла продовження в сучасному напрямі психотерапії (*гештальттерапія*), автор якого Ф. Перлз, який застосував феномени цілісності. Гештальтпсихологія, на противагу трактуванню свідомості як «споруди з цегли (відчуттів) і цементу (асоціацій)», стверджувала пріоритет цілісної структури, загальної організації, від якої залежать її окремі компоненти. Думка про те, що ціле не зводиться до його складових, дуже давня. На неї можна було натрапити також у працях деяких психологів-експериментаторів. Зокрема, йшлося, що одну мелодію, яку грають по-різному, людина сприймає як ту саму, усупереч тому, що відчуття при цьому абсолютно інші. Отже, її звуковий образ є особливою цілісністю. Важливими є факти, що стосуються цілісності сприйняття, неможливості звести його до відчуттів. Гештальт-терапія зосереджена на підвищенні обізнаності, свободи та самоспрямування людини. Фокусується на теперішньому моменті, а не на минулому досвіді. Гештальт-терапія заснована на ідеї про те, що на людей впливає сучасне оточення, базується на 5 основних

принципах: подібності, продовження, закритості, близькості, фігури/основі та симетрії, а також порядок (також відомий як prägnanz).

***Біхевіоризм та погляд біхевіористів на психічне здоров'я особистості.***

Біхевіоризм — це підхід в психології, заснований на положенні про те, що поведінку можна науково досліджувати без звернення до внутрішніх психічних станів. Це форма матеріалізму, яка заперечує будь-яке незалежне значення для розуму. Його значення для психологічного лікування було глибоким, що зробило його одним із стовпів фармакологічної терапії. Одне з припущень біхевіористської думки полягає в тому, що свобода волі є ілюзорною, і що будь-яка поведінка визначається поєднанням сил, які складаються з генетичних факторів і середовища через асоціацію або підкріплення [45]. Стосовно підходів біхевіористів: деякі біхевіористи просто стверджують, що спостереження за поведінкою є найкращим або найзручнішим способом дослідження психологічних і психічних процесів. Інші вважають, що це фактично єдиний спосіб дослідження таких процесів, тоді як треті стверджують, що сама поведінка є єдиним відповідним предметом психології, і що загальні психологічні терміни не мають референтів і/або стосуються лише поведінки. Ті, хто дотримується цієї точки зору, іноді називають свою сферу дослідження аналізом поведінки або наукою про поведінку, а не психологією.

Біхевіористські принципи можуть бути корисними в клінічних умовах, оскільки спостерігати за поведінкою легше, ніж аналізувати емоції. Багато фахівців із психічного здоров'я використовують підходи, засновані на біхевіористських ідеях. Наприклад, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) намагається змінити поведінку, звертаючись до нездорових або неточних думок. Замість того, щоб обговорювати минуле чи нескінченно аналізувати емоції, клієнти, які покладаються на КПТ, виявляють нездорові моделі мислення, отримують розуміння зв'язків між думками та поведінкою, а потім виконують завдання, спрямовані на зміну їхніх думок і, отже, поведінки. Наріклад, автори надають письмові та відеоілюстровані інструкції щодо використання КПТ у пацієнтів із шизофренією, біполярним розладом та

важкою депресією. Важливою вважаємо думку описану в останньому розділі цієї праці, де акцент робиться на профілактиці психічного здоров'я. Автори рекомендують допомагати хворим визначити тригери рецидиву та спільно працювати над розробкою планів запобігання рецидиву. Крім того, описуються ситуації, коли участь сім'ї у процесі психотерапії може бути корисною у терапевтичному процесі, наприклад, у розпізнаванні симптомів. Нарешті, автори заохочують лікарів-клініцистів та психологів допомагати пацієнтам з пошуком сенсу життя протягом тривалого часу лікування. У книзі чітко та практично представлено КПТ стратегії подолання найбільш важких і стійких симптомів [45]. Тож, як бачимо методики, які використовуються у біведіористському підході працюють у лікуванні та профілактиці (збереженні) психічного здоров'я. Відносно ж психосоматичного здоров'я – діапазон станів, для яких когнітивно-поведінкова терапія буде ефективним втручанням розширюється. На думку автора статті присвяченій методу КПТ у лікуванні психосоматичних розладів [46] Роба Ботвелла, цей метод буде ефективним у лікуванні таких розладів як іпохондрія, хронічна втома і атиповий біль у грудях. Також зростає тенденція до використання стратегій на основі КПТ для допомоги пацієнтам із хронічними медичними проблемами, такими як рак, діабет та хронічний біль.

В основі базової когнітивної моделі лежить припущення, що індивідуальна реакція –відношення до події визначається не тим яка є сама подія, а тим як ця подія сприймається людиною. Простіше кажучи, те, що ми думаємо впливає на те, як ми відчуваємося та поведимося. Основною моделлю КПТ є модель, де терапевт і пацієнт працюють разом. Психолог використовує сократівський стиль запитань і під час терапії спирається на низку когнітивних та поведінкових технік.

***Застосування КПТ до психосоматичних проблем.*** Техніка когнітивно-поведінкової терапії є простою (не примітивною, а простою у розумінні та використанні), її легко розуміють як психологи, медичні працівники, так і клієнти або ж пацієнти медичних установ. В її основі лежить науковий

принцип, а результат можливо проконтролювати за допомогою спеціальних досліджень. Метод використовує неявне заохочення пацієнта взяти на себе відповідальність за свій стан. Фізичні симптоми є невід'ємною частиною моделі таким чином, це не допускає розкол розуму і тіла. І когнітивні, і поведінкові фактори можуть відігравати підтримуючу роль при психосоматичних проблемах. Глибоко вбудовані дисфункціональні переконання часто зберігаються, незважаючи на інформацію або переживання, які суперечать переконанням. Важливим є фокус переміщення уваги клієнта – як тільки особа була попереджена про потенційну загрозу, вона буде шукати способи впоратися з загрозою. Когнітивна модель, яка застосовується для профілактики психічного здоров'я, при психосоматичних роладах досить проста, вона має широке застосування і доводить свою ефективність при консультуванні клієнтів, а також метод КПТ застосовується у медичних закладах, однак це не панацея від усіх випадків. Когнітивна модель не є ефективною для клієнтів, що не мотивовані керувати своїми власними симптоми та які мають давні, складні та вкорінені проблеми [45].

*У вітчизняній психологічній науці психічне здоров'я* достатньо часто поставало предметом наукового дослідження і найбільш ґрунтовно розкрито у межах проблем загальної психології та психології здоров'я як окремого напрямку; медичної психології С.Максименко, К.Максименко [46], Є. Потапчук [47], Н.Світлична [48], можливості математичного моделювання психологічних процесів та копінг стратегії поведінки людини у стресових ситуаціях, як основа психологічного здоров'я у наукових доробках Л. Пріснякової [49], [50], психічне здоров'я з медичної (психіатрія) точки зору вичає І.Спіріна [54], [55], педагогічної та вікової психології С. Тітаренко [51], М.Андрос [56], Л.Деркач – вплив характерологічних особливостей особистості на її рівень психологічного благополуччя, на наш погляд це є одним із ключових складових психічного здоров'я особистості [52],[53], І.Галецька [57], В. Барко [58], П. Волошин [59] розглядають проблематику психологічного здоров'я як національної безпеки. О.Корольчук [60] досліджує проблему психічного здоров'я у довоєнний час в

умовах ведення АТО (2016 рік). Науковці намагалися розкрити сутність понять «психічне здоров'я» і «психічно здорова особистість», вивчити наслідки негативних впливів на психічне здоров'я та розробити відповідні заходи з його розвитку, збереження і охорони. Досліджуючи проблему прогнозування розвитку психічного здоров'я особистості С.Д. Максименко визначає психічно здорову особистість як цілісну особистість, що перебуває в постійному русі-становленні, при цьому цілісність науковець розглядає не лише як атрибут особистості, а і як систему її єдності з соціальним оточенням, з одного боку, та з біолого-генетичними власними особливостями – з іншого [46]. На думку дослідника, психічне здоров'я– аспект здоров'я взагалі, який підкреслює стан душевного комфорту, відсутність патологічних психічних проявів та здатності до ефективної діяльності і саморегуляції у відповідності до власних (відрефлексованих) цілей і інтересів людини [46]. І.В. Шаронова, розглядаючи стан проблеми психічного здоров'я в сучасних умовах життєдіяльності, говорить про психічне здоров'я як відносно стійкий стан особистості, який дає можливість людині усвідомлено, враховуючи свої фізичні й психічні можливості, а також навколишні природні та соціальні умови, задовольняти індивідуальні, біологічні та соціальні потреби на основі нормального функціонування психофізичних систем, що забезпечують досягнення емоційного благополуччя . Авторський колектив у складі І.Я. Коцана, Г.В. Ложкіна, М.І.Мушкевича, у своїй праці «Психологія здоров'я людини» [45], трактує психічне здоров'я як повноцінний розвиток і злагоджена робота всіх психічних функцій. Вважаючи, що це –внутрішній стан людини, який забезпечує адекватну дійсності регуляцію поведінки.

Особливості суспільно-політичної обстановки в державі, військові дії у нашій країні обумовили розгляд проблеми психічного здоров'я у розрізі національної безпеки. Автори звертають увагу, що психічне здоров'я є важливою складовою національної безпеки, а його збереження має бути пріоритетним напрямком науки та державної політики [59], [60].

### 1.3. Підходи до дослідження психічного здоров'я

Сьогодні не існує єдиного «правильного» підходу до дослідження психічного здоров'я. У науковій літературі виявляється плюралізм дослідних позицій стосовно трактування суті цього феномену, що відображується у декількох теоріях психічного здоров'я. Тож, проведемо огляд основних серед них:

**соціогенетичний підхід** (або соціально-орієнтований) до проблеми вивчення особистості, запропонований Е. Еріксоном, спрямовує до комплексного дослідження психічного здоров'я людини. Е. Еріксон наголошував на взаємодії тілесних, психологічних і соціальних процесів і сил. Одночасно, автор поділяв класичну фрейдистську точку зору про те, що біологічні імпульси є фундаментальними, що актуалізує необхідність вивчення проблеми психологічного здоров'я у нерозривному зв'язку з індивідуальними морфологічними та функціональними особливостями конкретної людини [61]. Авторами даного підходу є Т. Лукман, П. Бергер, П. Д. Тищенко, З. Фрейд К. Хорні, Е. Фромм.

Психічне здоров'я тут постає як категорія суспільна та культурна; характеристики детерміновані специфічними соціальними умовами, культурним контекстом, національним способом життя. Головною ідеєю цього підходу є те, що цивілізація та культура має вплив на психічне здоров'я людини; а феномен психічного здоров'я де термінується культурно-історичними умовами. У даному підході головний акцент робиться не на понятті здоров'я та чинниках оздоровлення, а на поняттях соціально обумовлених механізмів патогенного впливу. *(вивчення патологій; те, що не прийнятно у конкретному суспільстві).*

**Системний підхід (комплексний).** Авторами даного підходу є М.Мюррей, В. Еванс вони розглядають феномен психічного здоров'я розглядає як цілісне утворення, яке складається із підсистем -психофізичної, морально-вольової, соціальної. Взаємодіючи підсистеми утворюють нові властивості

психічного здоров'я як єдиної цілісної системи. За визначенням Пошукало І. Л. [61] – це – сукупність підсистем різного рівня, що перебувають у відносинах ієрархії. Як і в багатьох високоорганізованих системах, в особистісному здоров'ї формується механізм зворотного зв'язку – реакція системи на вплив навколишнього середовища. Особистісному здоров'ю властиві як позитивний, так і негативний гомеостатичні зворотні зв'язки, що зводять зовнішній вплив до нуля. Механізм зворотного зв'язку робить систему більш стійкою, надійною та ефективною. Також він підвищує її внутрішню організованість. Саме наявність механізму зворотного зв'язку надає змогу говорити, що система доцільна. За типом взаємодії з навколишнім середовищем особистісне здоров'я є відкритою системою, яка залежить від обміну речовиною, енергією та інформацією з навколишнім середовищем. [61]. Серед переваг даного підходу є комплексне вивчення феномену психічного здоров'я.

**Крос- культурний науковий підхід** до розуміння сутності феномену психічного здоров'я особистості. Виявляє культурну своєрідність, яка характеризує психологічне здоров'я в контексті різних культурно-історичних умов М. Jahoda [62] На сучасному етапі вченими доведений факт обумовленості стану здоров'я соціокультурними умовами середовища. «Нині здоров'я і хвороба все частіше розглядаються не як «натуральні», природні феномени (тобто стану організму і психіки), але і як досить складні артефакти, обумовлені як сучасними культурними дискурсами (концепціями, картинами світу, знаннями), так і, не меншою мірою, соціальними інститутами і технологіями».

**Феноменологічний підхід.** Авторами якого є В. Дідьтей Л.Бінсвангер Р. Ленг. На вирішальне місце виставляє суб'єктивні переживання людини. Проблеми здоров'я і хвороби представниками цього підходу розглядаються як фундаментальні характеристики, прояви індивідуального, неповторного способу буття в світі [63] Феноменологічний опис заснований на базі глибинного розуміння і емпатії. Представник феноменологічного підходу Ролло Мей вважав, що людина живе сьогоднішнім, для неї найактуальніше те, що відбувається тут і зараз. У цій єдиній реальності людина формує сама себе і

відповідає за те, ким вона врешті-решт стає. Він вважав, що здорова особистість кидає виклик власній долі, цінує й оберігає свою свободу і живе повним життям, чесним стосовно себе та інших. Єдність людини та її феноменологічного світу увібрав термін «буття-в-світі». При науковому застосуванні даног підходу виникають певні труднощі щодо формалізації і верифікації отриманих даних.

Наступний підхід – **еволюціоністський підхід**. Представниками якого були – К. Лоренц В. И. Вернадський В. П. Казначеев Е. А. Спіркін – представники. Здоров'я розглядається як фундаментальна проблема *пристосування людства до навколишнього середовища*. Різні аспекти духовного життя вивчаються в масштабах популяції, оскільки досягається вже не як окремий індивід, а людство як еволюційний вид, невіддільний від органічної єдності життя. Основним критерієм здоров'я стає продуктивність людини. Здійснений теоретико-методологічний аналіз означеного підходу призводить до висновку про те, що психічне здоров'я людства забезпечується шляхом збереження психічного здоров'я окремих індивідуумів.[61]. Тобто, людство постає як еволюціонуючий вид.

**Нормоцентричний підхід** до феномену психічного здоров'я (К. Ясперс Б. С. Братусь). У рамках нормоцентричного підходу здоров'я це сукупність середньостатистичних норм сприйняття, мислення, емоційного реагування і поведінки у поєднанні з нормальними показниками соматичного стану індивіда. *Здоров'я і норма* при такому підході ототожнюються, вони розглядаються як синоніми Нормоцентричний підхід отримав особливий розвиток у межах психології. Увага вчених зосереджувалася на розгляді здоров'я, в тому числі і професійного, через аномалії людської природи, у цей період поняття «норма» і «патологія» стали центральними у описі проблем здоров'я і здоров'я збереження людини [61].

Цей підхід є зрозумілим до застосування у психологічній науці через існування категорій норма та патологія. Однак є логічна пастка, через те що норма ототожнюється зі здоров'ям, що не у всіх випадках так.

**В акмеологічному підході** (А. А. Бодалєв) здоров'я постає основною і необхідною умовою актуалізації вищих можливостей людської природи. З акмеологічної точки зору здорова особистість – **зріла особистість**. Ця наймасштабніша категорія окресленого підходу передбачає розвиток морально-етичних якостей, гуманістичної спрямованості людини, нормативності її поведінки і відносин у сфері збереження власного здоров'я [63]. У даному підході повністю здоровими особистостями є зрілі особистості, тож постає питання: чи є здоровими ті особи, які не є зрілими? На думку автора даного підходу зрілість визначається такими категоріями як відповідальність за власне здоров'я, турбота про інших людей, соціальна активність, а не лише високі професійні досягнення та ефективна самореалізація.

**Холістичний підхід.** Автори - Г. Олпорт К. Роджерс К.Г. Юнг Е. Еріксон С. Гроф - Здоров'я як цілісність, тут важлива (як і у попередньому підході) зрілість особи, а також синтез фундаментальних суперечностей людського існування. Здоров'я як системна якість, що визначає людське буття в його цілісності.

**Аксіологічний підхід** - А. Маслоу А. Кемпінські. Здоров'я як універсальна цінність, що співвідноситься з ціннісними орієнтаціями особи і займає положення в їх ієрархії. Здоров'я взаємозв'язане з основними (базовими) цінностями, властивими людині.

**Дискурсивний (диспозитивний).** В. М. Розін М. Фуко. Здоров'я як продукт певного дискурсу, що має власну внутрішню логіку конструювання. Вплив цивілізації на здоров'я; виявлення культурної своєрідності, що характеризує явище здоров'я в контексті культурно-історичних умов, що розрізняються.

**Теологічний підход** до розуміння проблеми психологічного здоров'я особистості. У релігійно-філософському розумінні суть здоров'я – це цілісність людини в єдності і гармонії її духовного і тілесного устрою. Спочатку таким був перший чоловік і прабатько людського роду Адам.

Підсумком гріхопадіння і наступного спотворення людської природи, порушення ієрархії складових її структур люди втратили і повноту здоров'я. Помилкові життєві орієнтири, спотворене розуміння щастя і благополуччя, пристрасні прив'язаності і плотські зловживання, шкідливі звички, вчинені негідні вчинки, розлади і ворожнеча спричинили зниження життєвих сил, тілесні і душевні недуги. У світлі теоцентричного підходу хвороба є не тільки маркером гріха, скільки повчальним досвідом або випробуванням на благо: вона пробуджує в людині усвідомлення гріховності і прагнення до зцілення. Господь допускає хвороби, тому що вони приміряють людей. Відновлення в людині повноти здоров'я. Святе Письмо відносить до есхатологічної перспективи – життя будучого віку. У зв'язку з цим мета історії і окремого людського буття схожі – порятунок людини поєднання її з Богом [64]. Підсумовуючи, зазначимо, що богословська антропологія є методологічною платформою для реалізації теоцентричного підходу до проблеми психологічного здоров'я людини.

#### 1.4. Взаємозв'язок психічного та фізичного здоров'я

Існує тісний зв'язок між психічним і фізичним здоров'ям, але мало відомо про шляхи переходу від одного до іншого. Психосоматика намагається виявити проблему, яка виникла у психіці людини та має прояв на її тілі та віднайти причини появи тілесних симптомів. Етимологія терміну «психосоматичний» означає розум або «психіка» і тіло або «сома». Іншими словами, психосоматичний розлад — це хвороба, що охоплює як розум, так і тіло. Вважається, що деякі фізичні захворювання особливо схильні до загострення психічними факторами, такими як *тривога та стрес*. Поточний психічний стан людини може вплинути на те, наскільки важким є фізичне захворювання в будь-який конкретний момент.

Психосоматичні захворювання можна розділити *на три основні форми*: до першої належать ті, хто має як психічне, так і медичне захворювання; ці

захворювання ускладнюють симптоми та лікування одне одного. Друга форма включає тих, хто відчуває психіатричну проблему, яка є прямим наслідком захворювання або його лікування; депресія внаслідок раку та його лікування, наприклад. Третя форма психосоматичних захворювань — «соматоформні» розлади. Соматоформні розлади – це психічні розлади, які проявляються через фізичні проблеми. Це означає, що фізичні симптоми, які відчувають люди, пов'язані з психологічними факторами, а не з медичною причиною.

**Соматоформні розлади** можуть включати наступне: розлад соматизації – розлад, при якому людина відчуває фізичні скарги, такі як діарея, головні болі, передчасна еякуляція, або ті, які не мають фізичної причини. **Конверсійний розлад**: розлад, при якому людина відчуває неврологічні симптоми, що впливають на її рухи та відчуття, які, здається, не мають фізичної причини. Симптоми можуть включати сліпоту, судоми або параліч. **Дисморфічний розлад тіла**: одержимість або заклопотаність уявним чи незначним недоліком, таким як зморшки, маленькі груди або розмір чи форма іншої частини тіла людини. Дисморфічний розлад тіла викликає сильну тривогу та може вплинути на здатність людини функціонувати як зазвичай у повсякденному житті. **Іпохондрія**: фіксація або одержимість страхом мати серйозну форму захворювання. Люди з іпохондрією неправильно сприймають звичайні функції організму або незначні симптоми як серйозні або навіть небезпечні для життя.

Певною мірою більшість захворювань справді є психосоматичними; вони залучають тіло та розум людини. У кожної фізичної хвороби є психічний аспект. Те, як людина реагує на хворобу та справляється з нею, залежить від людини. Висип при псоріазі; наприклад, може не надто турбувати деяких людей. Проте висипання, що покривають ті самі частини тіла в іншій людині, може спричинити її пригніченість і погіршення стану. Можливі фізичні наслідки психічного захворювання. Наприклад; деякі люди з психічними захворюваннями можуть не піклуватися про себе, не харчуватися належним чином або піклуватися про себе, що може спричинити фізичні проблеми. Біль у грудях, наприклад, може бути спричинений стресом, але фізичного

захворювання не виявлено. Загальновідомо, що розум може викликати фізичні симптоми. Коли людина хвилюється або боїться; наприклад, вони можуть розвинути: тремор, нудота, пітливість, сухість у роті, головні болі, біль у грудях, серцебиття, почастишення пульсу, збільшення частоти дихання.

Фізичні симптоми викликані підвищеною активністю нервових імпульсів, що надсилаються від мозку людини до різних частин тіла, а також викидом адреналіну в кров людини, коли вона тривожна. Точний спосіб у який розум людини може викликати певні додаткові симптоми, залишається неясним. Достовірно невідомо, як розум людини може впливати на реальні фізичні захворювання. Це може бути пов'язано з нервовими імпульсами, що надходять до тіла людини, що до кінця не вивчено. Є певні докази того, що мозок може мати здатність впливати на певні клітини імунної системи, які беруть участь у різних фізичних захворюваннях.

Точна причина соматоформних розладів до кінця не вивчена. Вважається, що соматоформні розлади є «сімейними», тобто генетична схильність може відігравати певну роль. Соматоформні розлади також можуть бути викликані сильними емоціями, такими як тривога, травма, горе, депресія, стрес, почуття провини або гніву. Люди, які відчувають соматоформні розлади, як правило, не визнають ролі цих емоцій у їхніх фізичних симптомах. Вони не є; однак, навмисно викликаючи фізичні симптоми або вигадуючи свої фізичні проблеми. Їх фізичні симптоми реальні, але спричинені психологічними факторами. Наразі не існує «ліків» від соматоформних розладів. Лікування зосереджується на встановленні послідовних і підтримувальних стосунків між людиною та її лікарем. Направлення до психіатра може допомогти людині з соматоформними розладами впоратися зі своїми симптомами. Незважаючи на те, що лікування може бути важким, ті, хто відчуває соматоформні розлади, можуть жити добре, навіть якщо вони продовжують відчувати симптоми.

Соматоформні розлади є основними формами психосоматичних захворювань. Фізичні симптоми соматоформних розладів надто реальні, вони мають психологічні корені, а не фізичні причини. Симптоми часто нагадують

симптоми медичної хвороби. Люди, які відчувають соматоформні розлади, можуть пройти комплексне тестування та медичне обстеження, щоб з'ясувати причину симптомів, які вони відчувають. До соматоформних розладів відносяться: іпохондрія, конверсійний розлад, розлад соматизації, дисморфічний розлад тіла.

Розлади можуть спричиняти труднощі в повсякденному житті людини, включаючи академічні, соціальні та професійні проблеми. Люди, які відчувають дисморфічний розлад тіла, можуть бути одержимі тим, що насправді є незначними недоліками у своїй зовнішності, або можуть сприймати недоліки там, де їх насправді немає. Загальні проблеми включають втрату волосся, форму та розмір таких особливостей тіла, як ніс, груди чи очі, а також зморшки та збільшення ваги. Симптоми та пов'язана з ними поведінка дисморфічного розладу тіла можуть включати наступне: уникнення дзеркал, депресія і тривога, уникати появи на публіці, відхід від соціальних ситуацій, постійна перевірка зовнішнього вигляду в дзеркалі, бажання запевнити інших щодо зовнішнього вигляду людини.

Симптоми конверсійного розладу зазвичай виглядають як неврологічні проблеми і можуть включати подвійне зір або сліпоту, втрату чутливості, труднощі з ковтанням, а також порушення координації або рівноваги. Симптоми, які може відчувати людина з розладом конверсії, також включають судому, проблеми із затримкою сечі, нездатність говорити, параліч або слабкість.

Симптоми іпохондрії. Іпохондрія – це стан думки, що звичайні функції організму або незначні симптоми є серйозним захворюванням. Людина з іпохондрією може інтерпретувати головний біль як пухлину головного мозку, або біль у м'язах як ознаку загрозливого паралічу. Загальні симптоми іпохондрії можуть включати: тривогу, депресію, повторні візити до лікаря до встановлення діагнозу, відчуття, що лікар зробив помилку, не встановивши причину симптомів, постійно шукати запевнення від членів родини та друзів щодо симптомів, які вони відчувають.

Симптоми розладу соматизації. Розлад соматизації характеризується фізичними симптомами без фізичної причини. Розлад соматизації може мати деякі інші симптоми. Ці симптоми можуть включати наступне: біль, втома, нудота, діарея, блювання, головний біль, запор, біль у животі.

Люди, які відчувають соматоформні розлади, схильні до ризику суїцидальних думок і дій. Люди з соматоформними розладами також схильні до ризику розвитку великої депресії.

Важливим для нас видалось проаналізувати дослідження прямих та непрямих впливів минулого психічного здоров'я на теперішнє фізичне здоров'я та навпаки – минулого фізичного здоров'я на теперішнє психічне здоров'я, використовуючи вибір способу життя та *соціальний капітал* у як «джерело формування нормальності» (далі у тексті підрозділу ми більш детально дамо пояснення цьому терміну). За основу взяті результати Англійського лонгітюдного дослідження старіння організму, проведеного у період з 2002 по 2012. Психічне здоров'я тут вимірювалося за Шкалою депресії Центру епідеміологічних досліджень, а фізичне здоров'я – за повсякденною діяльністю (активністю). Результати, отримані у ході дослідження свідчать про те, що є значні прямі та непрямі впливи на обидві форми здоров'я. Прямий/непрямий вплив на психічне здоров'я з боку тіла; прямий/непрямий вплив з боку тіла на психічне здоров'я. Тож, спираючись на психологічні дослідження, варто зазначити наступне: фізичне та психічне здоров'я можуть впливати одне на одного через роботу. Погіршення фізичного (або психічного) здоров'я може означати втрату заробітної плати або продуктивності, зменшуючи доступ до здоровішої їжі та навколишнього середовища. Цей ефект доходу негативно впливає на психічне (або фізичне) здоров'я. Подібні негативні наслідки для здоров'я також можуть бути спричинені недосипанням або стресом на роботі, пов'язаним із психічним (або фізичним) станом здоров'я [65][66] [67]; По-друге, психічне здоров'я може впливати на процес прийняття рішень особами, погіршуючи їхню здатність отримати доступ до інформації про своє здоров'я, про профілактику та про якість постачальників медичних послуг, і таким чином

впливати на їх фізичне здоров'я [68]. По-третє, фізичне та психічне здоров'я пов'язане з вибором способу життя, таким як фізична активність, куріння, вживання алкоголю та дієта [69]. Декілька досліджень виявили, що фізична активність негативно пов'язана з депресією/тривожними розладами та поганим станом здоров'я [70]. Систематичні огляди знаходять переконливі докази позитивного впливу фізичних вправ на психічне та фізичне здоров'я людей [71]. Імовірно, має місце зворотній причинно-наслідковий зв'язок, оскільки люди з кращим фізичним і психічним здоров'ям також частіше займаються фізичними вправами. Систематичний огляд відмови від куріння та психічного здоров'я знаходить загальні докази зниження депресії, тривоги та стресу після втручання з припиненням куріння. Ймовірно, має місце зворотній причинно-наслідковий зв'язок, оскільки рівень куріння вдвічі вищий серед дорослих із депресією або тривожними розладами. Було виявлено, що помірне споживання алкоголю позитивно впливає як на психічне, так і на фізичне здоров'я [69]. Надмірне вживання алкоголю та утримання негативно впливають на стан здоров'я та передбачають погіршення фізичного та психічного здоров'я [72] [73]. Вибір дієти є ще одним важливим фактором способу життя у функції здоров'я. Низькоякісна дієта пов'язана з вищим ризиком смертності виявили сильний і позитивний зв'язок збільшення споживання фруктів із підвищенням добробуту та щастя. Нарешті, соціальні взаємодії є критично важливими факторами здоров'я. Виявлений сильний позитивний зв'язок між соціальною взаємодією та психічним здоров'ям. Було виявлено, що самотність і соціальна ізоляція пов'язані з підвищеним ризиком смертності, враховуючи вихідне психічне та фізичне здоров'я [74] систематичний огляд показує постійний вплив соціальних відносин на зниження ризику смертності. У літературі також були встановлені зворотні причинно-наслідкові шляхи, коли фізичні вади та слабке психічне здоров'я спричиняють більшу ізоляцію [74].

Повертаємось для значного для нашого дослідження терміну соціальний капітал – об'ємне поняття, яке включає у себе усі форми комунікації людини, починаючи від сім'ї, робота, друзів до більш далекого спілкування сусіди,

далекі родичі, знайомі, жителі одного міста, жителі однієї країни (суспільство). Цінності суспільства. Соціальний капітал може мати позитивну дію на людину – ментальне збагачення та негативну дію – соціальна ізоляція, самотність і відчуження. Це сильні фактори ризику для покращення/ погіршення здоров'я та становлять високий ризик для здоров'я як для літнього населення, так і для інших вікових груп. На думку авторів дослідження подібного факту можна уникнути, що позбавить людину від тягаря душевних, а як наслідок фізичних хвороб. [74]. На наш погляд, це системна робота, яка та системна відповідальність.

Відносно ж практики терапії соматоформних розладів, які складають більшість психосоматичних захворювань, може бути складним завданням. Після виключення фізичних причин симптомів у людини, зазвичай зосереджується на встановленні довірливих і підтримувальних стосунків між людиною та її психоаналітиком. Рекомендовано регулярні огляди як одна з найважливіших частин лікування. Психолог також може направити людину до психіатра для допомоги в лікуванні розладу, де буде запропонована дієва психотерапія; зокрема когнітивно-поведінкова терапія (про методи КПТ для покращення психічного здоров'я описали вище), може бути ефективною для полегшення деяких основних психологічних факторів, що викликають фізичні симптоми людини. Навчання здоровому управлінню стресом за допомогою методів управління стресом може бути частиною терапії людини. Якщо можна ідентифікувати певний психічний розлад, наприклад депресію, важливий комплексний підхід, де пропонується співпраця психолога та психіатра. Симптоми соматоформного розладу можуть тривати, незважаючи на спроби когнітивно-поведінкової терапії. Коли це трапляється, лікування може бути спрямоване на надання симптоматичного полегшення та допомогу людям жити своїм життям. Ліки можуть бути призначені для полегшення таких симптомів, як втома, головний біль або проблеми з травленням. Щоб покращити розлад людини, намагаючись контролювати її соматоформні симптоми, можна включати деякі інші речі. Ці речі включають в себе практикування методів

управління стресом, дотримання регулярних планових оглядів і дотримання плану лікування, розробленого людиною та її лікарем.

## Висновок до першого розділу

На сьогодні серед учених теоретиків та практиків із різних сфер, які вивчають проблематику психічного здоров'я є однотайність у тому, що психічне здоров'я це не виключно позитивні емоції, почуття та позитивне функціонування. Переживання позитивних або негативних почуттів повинно бути адекватною реакцією на зовнішні події та подразники.

Всесвітня організація охорони здоров'я виділяє **три ключові компоненти** психічного здоров'я: 1) емоційне благополуччя; 2) психологічне благополуччя; 3) соціальне благополуччя (соціальний добробут).

Визначення світовою науковою спільнотою всеосяжного сучасного наукового визначення психічного здоров'я, яке було б максимально універсальним для усіх культур немає, при цьому є однотайність щодо того, що психічне здоров'я це не просто відсутність психічних захворювань.

**Психічне здоров'я** – це динамічний стан внутрішньої рівноваги, який дозволяє індивідам використовувати свої здібності в гармонії з універсальними цінностями суспільства. Важливою умовою психічного здоров'я є відсутність стигматизації та соціального відчуження.

Аналіз соціальних моделей стигматизації, дискримінації та відчуження, які перешкоджають соціальній участі наступні:

(нами розроблені моделі **взаємозв'язку та взаємовпливу** між особистістю та соціумом, які спричиняють позитивний або негативний взаємний вплив)

**ОСОБИСТІЄТЬ → СОЦІУМ**

**ЗДОРОВА ОСОБИСТІЄТЬ → ЗДОРОВЕ СУСПІЛЬСТВО (+,+);**

**НЕЗДОРОВА ОСОБИСТІЄТЬ → ЗДОРОВЕ СУСПІЛЬСТВО (+, -);**

**НЕЗДОРОВА ОСОБИСТІЄТЬ → НЕЗДОРОВЕ СУСПІЛЬСТВО (-, -);**

**ЗДОРОВА ОСОБИСТІЄТЬ → НЕЗДОРОВЕ СУСПІЛЬСТВО (+,-);** у вигляді таблиці!!!!

Виходячи і залежностей та зв'язку між людиною та суспільством, у якому вона проживає формується модель позитивного/негативного взаємного

впливу та, відповідно умов для покращення/погіршення психічного здоров'я. У цьому контексті вкрай важливим постає питання визначення норми та патологічних станів, які будуть підправною точно для позначення меж нормальності та психічного здоров'я. Дослідники психічного здоров'я особистості, починаючи від Зигмунда Фрейда і закінчуючи сучасними трактуваннями та підходами до психічного здоров'я вбачали у ньому різне, тому поняття норма та патологія були різними та із часом змінювались. Так, З.Фрейд психічне здоров'я трактував через патологічні зміни, відповідно відсутність патологічних змін є умовою психічного здоров'я. Для К.Г.Юнга страждання від психічного розладу було частиною самоцілення. Тіло та розум таким чином намагаються вирішити певну проблему. В період хвороби людина більшою мірою здатна до саморефлексії. А.Адлер у своїй концепції психічного здоров'я робить акцент на те як людина інтегрується у соціальний контекст. Тобто, людина розвивається виключно у суспільстві. Холізм (єдність душі та тіла) вказує на доцільність когнітивно-поведінкової терапії у лікуванні та профілактиці психічного здоров'я. Представники гуманістичного напрямку психології (А.Маслоу, К.Роджерс, В.Франкл) концепцію психічного здоров'я вбачають у здатності людей до самовдосконалення, а дисфункція полягає у незадоволенні потреб від найнижчих до найвищих (за Маслоу); дещо інший термін підібраний Роджерсом – самоактуалізація, де здатність та прагнення до неї людиною є ознакою психічного здоров'я, тоді як дисфункцією є погане самосприйняття та зовнішні обмеження. Психічно здоровою людиною, за Роджерсом є та, у якої співпадають Я-ідеальне та Я-реальне. Для психічно здорової людини притаманні такі категорії: самосвідомість, емпатія, гнучкість, комунікативні навички. Е.Фромм психічне здоров'я трактує через взаємодію особистості із соціальним контекстом та екзистенційними потребами. Формується два типи людини продуктивний та непродуктивний, що є синонімами до слова здоровий та нездоровий. Його філософський підхід розширює межі розуміння норми та патології. В.Франкл у психічному здоров'ї

вбачав пошук та, головне, знаходженні сенсу життя людиною, що робить її психічно здоровою; тоді як втрата сенсу життя призводить до втрати здоров'я.

Гештальтизм сповідує принцип холізму як єдності усіх елементів свідомості. Ф.Перлз трактує психічне здоров'я через феномен цілісності сприйняття.

Біхевіоризм базується на аналізі поведінки та використовує когнітивно-поведінкову терапію як метод зміни поведінки через звернення до нездорових або неточних думок. Широко використовується в клінічній практиці. Як і у попередніх дослідників (Франкл, Фромм) у процесі терапії ведеться пошук сенсу життя; також використовується сократівський стиль запитань. У когнітивно-поведінковому підході діє принцип взаємовпливу психіки та тіла.

Щодо вивчення феномену психічного здоров'я на теренах нашої держави, перелік буде значним та, нажаль неповним, через формальні межі дослідницької праці. Тож, С.Д.Максименко психічно здоровою особою вбачає таку, яка є цілісною та перебуває у русі-становленні (процес перманентного розвитку особистості). Колектив авторів: І.Я. Коцан, Г.В. Ложкін, М.І.Мушкевич, в книзі «Психологія здоров'я людини», трактують психічне здоров'я як повноцінний розвиток і злагоджена робота всіх психічних функцій.

Узагальненою картиною сучасних підходів до психічного здоров'я є: **соціогенетичний** (як комплексне дослідження психічного здоров'я; психічне здоров'я як категорія суспільна та культурна; вивчає патологію культур), **системний** (здоров'я складається з ієрархічно побудованих підсистем різного рівня; діє механізм зворотного зв'язку з боку зовнішнього середовища); **крос-культурний** (визначає культурну специфіку, що характеризує психічне здоров'я в залежності від культурних та історичних умов існування людини); **феноменологічний** (суб'єктивні переживання людини – основа психічного здоров'я. Патологічні стани – прояви суб'єктивного, виняткового способу життя в світі). Даний підхід важко застосовувати у медичній практиці та науковому обґрунтуванні через нечітку формальну структуру, де поняття норма та патологія буде виключно персоніфікованим. При цьому, індивідуальний

підхід має більшу деталізацію порівняно із іншими підходами до психічного здоров'я; **еволюціоністський** (психічне здоров'я постає ґрунтовною проблемою адаптації людства до оточуючого світу); **нормоцентричний** (психічне здоров'я це певні середньостатистичні норми перцепції, мислення, реагування та діяльності, а також з нормальні показники соматичного стану людини); **акмеологічний** (психічне здоров'я це головна необхідна умова актуалізації людського потенціалу. Зріла особистість є здоровою особистістю); **холістичний** (здоров'я як цілісність); **аксіологічний** (психічне здоров'я як універсальна цінність); **дискурсивний** (вивчає вплив цивілізації на психічне здоров'я людини; здоров'я у за різних культурних та історичних умов); **теологічний** (психічне здоров'я це цілісність особи у єднанні та гармонії духовного і тілесного укладу).

Бачимо, що більшість підходів складовими психічного здоров'я вбачають дві складові: психіку та тіло. Як правило проблеми у психіці людини мають прояви на її тілі (та навпаки). А соматоформні розлади є основною формою психосоматичних розладів, тобто тих розладів, які формуються у психіці людини (стан психічного здоров'я) та мають прояв на її тілі, при цьому симптоми реальні. Важливим є прямий та непрямий вплив минулого людини на її теперішній психічний стан та соматичні прояви хвороби. Соціальна складова (соціальний капітал, соціальне благополуччя, соціальний контекст) є невід'ємною складовою психічного здоров'я як окремої особистості так і суспільства в цілому із існуючими у ньому нормами та цінностями.

## РОЗДІЛ 2

# ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИКИ ЯК ОКРЕМОГО НАПРЯМУ ПСИХОЛОГІЇ ТА МЕДИЦИНИ

### 2.1. Теоретичні підвалини дослідження психосоматики

Психосоматичні ідеї існували задовго до інституціоналізації психосоматики як самостійного напрямку психології та медицини. Зв'язок психічних процесів з соматичними проявами вивчався протягом багатьох століть. Тут слід звернути увагу на ідеї античних мислителів, представниками якого були Сократ, Платон, Аристотель, Демокрит, Гіппократ та ін. всюди і повсякчас існувала проблема зв'язку душі та тіла та їхнього взаємовпливу. Прийнято вважати, що термін «психосоматика» вперше був використаний в 1818 році німецьким лікарем-психіатром Йоганном-Християном Хайнротом. Як загальноприйнятий медичний і психологічний термін «психосоматика» у ХХ столітті стала використовуватися завдяки роботам віденських психоаналітиків: Ф. Данбар та Франца Олександра. Франс Олександр у своїй праці [75] говорить про важливу роль психіатрії у медицині. Він один з перших звернув увагу на дієвість методів Фрейда у лікуванні багатьох «душевних» хвороб, тобто він говорив про вплив психоаналізу на розвиток медицини. Ф. Олександр зазначає, що всі медичні дослідницькі центри минулого (тобто, 19 століття) останнє десятиліття з великою інтенсивністю продовжували застосовувати гістологічні, бактеріологічні та біохімічні спроби вирішити проблему шизофренії та інших функціональних розладів психіки, тоді як Зигмунд Фрейд ввів абсолютно новий метод дослідження та терапії [75].

Тобто, його погляд на медицину, а в нашому випадку психосоматичну медицину значно відрізнявся в тих методів, які застосовувалися. І, звичайно, ми розуміємо, що результативність старих методів була сумнівною.

Автор психосоматичної медицини також зазначає, що важливим у розуміння витоків багатьох людських хвороб був вклад гештальтпсихології,

неврології та ендокринології. Ці фізіологічні відкриття сприяли розумінню механізму керування тілом з боку психіки та, водночас, впливу периферійних тілесних функцій на центральні функції нервової системи. Той факт, що психіка керує тілом, є, незважаючи на нехтування ним з боку біології та медицини, найбільш фундаментальним фактом, відомим нам про життя. Ми спостерігаємо його протягом усього життя щодня, з того моменту, як прокидаємось вранці. Все наше життя полягає у виконанні усвідомлених дій, спрямованих на здійснення ідей та бажань, задоволення суб'єктивних почуттів, таких як спрага та голод, зазначає Ф. Александер. Тіло, це складний механізм, який здійснює вкрай складні та тонкі моторні дії під впливом таких психологічних феноменів, як ідеї та бажання. Найбільш специфічна людська з усіх тілесних функцій є мовна лише вираз ідей за допомогою тонко налаштованого музичного інструменту — мовного апарату. Всі свої емоції ми висловлюємо через фізіологічні процеси: коли нам сумно – ми плачемо, коли відчуваємо задоволення, то сміємось, коли нам соромно ми червоніємо. Тобто, наше тіло передає наші почуття та емоції, переживання, нервування та ін.

Автор праці зазначає, що всі ці процеси, які відбуваються у тілі людини, одночасно, можуть здатися простими та механічними, але насправді всі ці фізіологічні феномени є результатом складних м'язових взаємодій під впливом нервових імпульсів, що передаються м'язам обличчя та діафрагмі тоді, коли ми сміємось, слізним залозам при плачі, серцю, коли нам страшно і наднирникам і судинній системі при люті. Нервові імпульси з'являються у певних емоційних ситуаціях, які у своє чергу створюються при взаємодії з іншими людьми. Ці вихідні психологічні ситуації можна зрозуміти лише з позиції психології — як сумарні реакції організму на довкілля.

Вважаємо вклад Франса Александера буквально революційним, адже традиційна медицина як самостійним напрямком не завжди вирішує ті проблеми (хвороби), з якими до неї звертаються пацієнти. Говорячи простіше, причина криється глибше, при цьому медицина лікує симптоматику. Таким чином, лише комплексний підхід здатен допомогти та позбавити причини хвороби.

Дойч (Deutsch) Фелікс (1884-1964) – австро-американський психоаналітик. Професор психіатрії. Член Віденського психоаналітичного суспільства (1922 – 1938). Один з лідерів Бостонського психоаналітичного суспільства. Фелікс Дойч в 1927р. відновив поняття «психосоматика» і сформулював її основну концепцію, в 1939 р почав видання в США першого виключно психосоматичного журналу «Психосоматична медицина» – заснованого в 1934 р для американського психосоматичного суспільства. Автор книг «Прикладний психоаналіз» (1949), «Психосоматична концепція в психоаналізі» (1953) і інших робіт з психоаналізу і психосоматики [76].

У 2006 році Дж. Страйн та М. Блуменфілд видають наукову працю «Психосоматична медицина» [77]. Це – напрямок психіатрії, який спеціалізується на коморбідності (комбінація та/або інтеракція) соматичних та психічних розладів.

**Психосоматика** (грец. *psyche* - душа, *soma* - тіло) - напрям у медицині та психології, що займається вивченням впливу психологічних (переважно психогенних) факторів на виникнення і подальшу динаміку соматичних захворювань. Згідно основному постулату цієї науки, в основі психосоматичного захворювання лежить реакція на емоційне переживання, що супроводжується функціональними змінами і патологічними порушеннями в органах. Відповідна схильність може впливати на вибір органу або системи, що уражуються – психічної або соматичної [78].

**Психосоматика в широкому сенсі** підходить до цієї проблеми зі своєї точки зору як впливає душевно-соматичне захворювання на хворого і його життя і які реакції навколишнього світу воно може провокувати [78].

**Психосоматика у всеосяжному сенсі** орієнтується на соціокультурну сферу, яка з певних позицій відображає чотири області переробки конфліктів [78].

Проаналізувавши підхід до розуміння терміну психосоматика, визначимо його наступним чином: *психосоматика* – міждисциплінарний науковий напрям, який є медичною галуззю знань і служить лікуванню захворювань; стає

предметом фізіології і досліджує вплив емоцій на фізіологічні функції; як галузь психології досліджує поведінкові реакції, пов'язані с хворобою; визначає способи зміни деструктивних способів емоційного реагування; як соціальна галузь науки виявляє зв'язок психосоматичних розладів с культурними традиціями [79].

При вивченні цього проблемного поля звернули увагу на те, що проблема психосоматики стосується не лише психології, а й медицини, а також інших наукових напрямків, які так чи інакше зачепають проблему вивчення сомато-психічних станів людей, тому правильним буде назвати *психосоматику* сучасною міжгалузевою науковою дисципліною що займається вивченням взаємозв'язку та взаємозалежності соматичних захворювань (хвороб тіла) і психологічних причин їх виникнення.

Стосовно вітчизняного напрямку у вивченні психосоматичних розладів, то тут слід звернути увагу на такий науковий вісник як «Психосоматична медицина та загальна практика» [80], заснований при Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця. Даний журнал присвячений актуальним питанням загальних терапевтичних дисциплін, психосоматичній медицині, психіатрії, медичній психології, психотерапії та неврології. Новими дослідженнями стосовно ролі стресового ризику у розвитку та перебігу цереброваскулярної патології займаються такі дослідниці Маркова Маріанна та Тетяна Яворська це масштабне дослідження, яке було проведене на базі Харківської обласної клінічної лікарні – центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф протягом 2016 – 2018 років результати дослідження вказують на те, що близько половини хворих у кожній з груп мали високий стресовий ризик (51,6% у Г1, 57,5% у Г2 та 52,0% у Г3, а також 48,9% у ГП) [81] У 2018 році Сергієм Саржевський Миколою Хломіцьким було проведене дослідження «Непсихотичні розлади у хворих на артеріальну гіпертензію» результати дослідження показали, що психічні розлади у всіх хворих, що спостерігались, мали загальні риси та проявлялись внаслідок складної взаємодії соматогенних (тривалістю хвороби та її перебігом), психогенних (емоційними

особливостями та особистісною переробкою проявів захворювання) та соціогенних (соціальними негараздами) факторів [82].

Взагалі, психосоматична медицина в Україні як науковий напрямок стала активно розвиватися на початку 90-х років ХХ століття. Це, в основному, стосується лікарів та науковців, які працюють у сфері психіатрії, психології та невропатології. Об'єктом їхньої уваги постають саме психосоматичні розлади – психогенно або переважно психогенно зумовлені порушення функції внутрішніх органів та систем організму. До класичних психосоматичних розладів відносять кардіалгії, психогенні розлади серцевого ритму, ішемічну хворобу серця при незмінених коронарних судинах, артеріальну гіпо- та гіпертензію, психогенний ревматизм, психогенну задишку, психогенну дизурію, синдром подразнення товстого кишечника та ін.

Під психосоматичних дослідженням розуміється вивчення функціонального стану особистості в соматичній клініці, викликане впливом психологічних чинників на виникнення різних соматичних захворювань (захворювань серця, бронхів, виразковій хворобі 12-палої кишки, виразкового коліту, нейродерміту, поліартриту). Психологічні фактори відіграють роль і при інших захворюваннях: мігренях, злоякісних новоутвореннях і ін., впливаючи на динаміку психологічних і поведінкових стереотипів особистості. Психосоматичні дослідження спрямовані на виявлення зв'язку між психологічними показниками переживань, поведінкою особистості та соматичними процесами. Також важливим є аналіз взаємин хворого с іншими людьми, із рідними, з лікарями та психологами, які лікують пацієнта [83].

Основою психосоматичного дослідження є клінічне спостереження за особистістю, бесіда про його переживання, розповіді про історію життя, кар'єру, суспільне становище. Поряд с цим в психосоматичному дослідженні використовується психотерапевтичне консультування, психоаналіз, тлумачення сновидінь, метод вільних асоціацій, ставлення до зовнішнього світу, також одним із інструментів діагностування є анкетування (опитування), яке дозволяє

заміряти рівень стресу, високий рівень якого є одним із загрозливих факторів у розвитку серцево-судинних захворювань [84].

Пропонуємо до розгляду сучасні центри надання психосоматичної допомоги в Україні: Recovery «Центр відновлювальної та психосоматичної медицини» [85] – сучасна медична клініка, яка спочатку спеціалізувалась на лікуванні залежностей (алко, нарко, ігрова залежність), потім розширила спектр надання медичних послуг, і таким чином, з'явився такий напрямок як лікування психосоматичних захворювань (знаходиться у Києві); Valeo – медична клініка у Миколаєві, яка надає повний спектр медичних послуг, у тому числі лікування психосоматичних розладів. [86];\_Центр Психосоматики (працює у режимі онлайн) [87]; Психологічний центр «Без паніки», розташований у Києві [88]; Медичний центр «Альтимед», Київ [89];Центр психотерапії та психосоматичних розладів КЛ «Феофанія», Київ [90]. Цей перелік можна довго продовжувати, це значить, що у суспільства є запит на подібні центри та установи.

Загалом, у Києві досить багато спеціалізованих установ, які лікують психосоматичні розлади. Стосовно ж міста Дніпра, то тут таких центрів значно менше, але вони є. Пропоную розглянути які саме входять до їх числа:

Здебільшого це інтернет-сторінки, [91];[92];[93]. В основному психосоматика як окремий напрямок не виділяється, а входить у загальну практику консультування психолога.

Стосовно ж медичних закладів Дніпра, то тут слід відзначити Центр психосоматичної патології при Дніпровській клінічній лікарні імені Мечникова [94]. Центр психосоматичної патології у складі обласної лікарні функціонує з 1988 року.

Тобто, ми можемо узагальнити, що у порівнянні зі столицею запит дніпрян щодо психосоматичної допомоги значно менший. На нашу думку, це пов'язано, по-перше, із загальним рівнем життя (порівнюючи із Києвом) та по-друге, ментальними особливостями саме дніпрян (агресивна інтроверсія – авторське визначення (окремого дослідження не проводилось)).

## 2.2.Класифікація психосоматичних розладів

*До першої групи розладів* належать психосоматози, у основі яких лежить первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, з патологічними змінами в органах. Відповідна спадкова схильність може проводити вибір органу. Перші прояви психосоматозів виникають у будь-якому віці, але частіше вони починають фіксуватися вже в ранній юності у осіб з постійними вираженими особистісними характеристиками. Після маніфестації захворювання зазвичай набуває хронічного або рецидивуючого перебігу. Вирішальним провокуючим фактором виникнення чергових загострень є психічний стрес.

Історично до цієї групи належать сім класичних психосоматичних захворювань:

- ✓ есенціальна гіпертонія,
- ✓ бронхіальна астма,
- ✓ виразкова хвороба дванадцятипалої кишки та шлунку,
- ✓ неспецифічний виразковий коліт,
- ✓ нейродерміт,
- ✓ ревматоїдний артрит
- ✓ гіпертиреозний синдром.[75]

Так звана «Чиказька сімка» або «свята сімка» за Ф. Александером.

*Другу групу – становлять психосоматичні функціональні синдроми* – «соматизовані» форми неврозів («неврози органів», системні неврози чи вегетоневрози). На відміну від психогенної конверсії окремі симптоми тут не мають специфічного символічного значення, а є наслідком тілесного (фізіологічного) супроводу емоцій чи порівняних із нею психічних станів.

Зокрема, деякі варіанти ендогенних депресій часто імітують будь-яке соматичне захворювання, «маскуються» під нього. Такі депресії прийнято називати «маскованими» чи соматизованими депресіями. До групи функціональних психосоматичних синдромів відносять:

- ✓ мігрень

- ✓ різні відхилення у діяльності серцево-судинної системи (тахікардія, психогенні болі в серці)
- ✓ шлунково-кишкового тракту (психогенні запори та проноси)
- ✓ психогенні розлади дихання (бронхіальна астма), сексуальні розлади [95].

*Третю групу складають розлади, пов'язані з особливостями емоційно-особистісного реагування та поведінки* – схильність до травм та інших видів саморуйнівної поведінки (алкоголізм, наркоманія, тютюнопаління, ожиріння та інші). Ці розлади зумовлені певним ставленням, що впливає з особливостей особистості та її переживань, що призводить до поведінки, результатом якої є порушення здоров'я. Наприклад, схильність до травм характерна для особистостей, яким не властива точність та ретельності. Підвищене споживання їжі може розумітися як індикатор престижу, соціальної позиції чи заміною, компенсацією невдоволення [96].

### **2.3 Характеристика типів поведінкової активності (А, Б)**

Для того, що надати вичерпну характеристику типу поведінкової А, необхідно зазирнути в дослідження, які звернули увагу на те, що набір певних характерологічних особливостей особистості в тій чи іншій мірі може бути передумовою типових хвороб. У нашому випадку ми будемо говорити про серцево-судинні хвороби (гіпертонічну хворобу, інфаркт міокарда).

Одним із дослідників у сфері психіатрії та психології хто говорив про залежність між характером та тілобудовою, був Е. Кречмер, який описав три типи характеру та відповідної тілобудови: астеник, пікнік та атлетик. Й, відповідно, кожному належить свій тип характеру.

Астеник – худа людина середнього або високого зросту з вузькими плечима та тонкими руками та кистями, довгою вузькою грудною клітиною; живіт позбавлений жиру. Відповідний тип характеру – шизотим. Тобто, вони

мають схильність до шизофренії. Шизотими відрізняються відсутністю почуття гумору, серйозністю, замкнутістю, дратівливістю, холодністю, сором'язливістю, альтруїстичний ідеалізм, принциповість, рвучкість, «тягучість», енергійність, норовливість, нестійкість, примхливість, полярність [97].

Пікніки – люди середнього зросту, із повною фігурою, їх глибока грудна клітка переходить у масивний, схильний до ожиріння живіт. Відповідний тип характеру – циклотим. Циклотимічний темперамент загалом характеризується підвищеною емоційністю, швидкими переходами від радості до печалі, легкою контактністю з оточенням, реалістичністю. даний тип можна охарактеризувати наступною характеристикою: енергійність, лабільність, кон'юнктурність, ввічливість, пристосованість, багатство ідей, поверховість, нетактовність, непостійність, переоцінка своїх можливостей, нерозсудливість [97].

Атлетик – середній або високий зріст, широкі плечі, статна грудна клітка, пружний живіт. Відповідний тип характеру – іксотим. Має атлетичну статуру. Це спокійна, непоказлива людина зі стриманими жестами і мімікою, з невисокою гнучкістю мислення, часто дріб'язкова, важко пристосовується до змін [97].

Подібна характеристика дає підстави вважати, що якщо є часткова залежність між будовою тіла та темпераментом, таким чином, можна припустити, що є залежність між темпераментом та належністю до певного поведінкового типу.

Таким чином, ми звертаємось до досліджень, які були проведені на початку ХХ століття Хелен Фландерс Данбар – психологиня та психоаналітикиня, одна із засновниць психосоматичної медицини, згодом її назвали «матір'ю психосоматики», вона проводила у Чиказькому інституті психоаналізу дослідження хворих з різними видами соматичної патології. Спочатку вона намагалась підтвердити у таких випадках символічну конверсію на орган (тобто вирази на мові тіла несвідомого конфлікту) Однак згодом Данбар виявила, що психосоматичні пацієнти з однаковим діагнозом, при тому, що у них буд різний життєвий шлях, мали схожі особистісні особливості. Це

відкриття послугувало основою для концепції «констеляції особистісних профілей» Данбар була переконана у тому, що певне поєднання особистісних рис може впливати на виникнення певних хвороб, при цьому психотерапія може скорегувати такі стани, а іноді й вилікувати. Зокрема, вона говорила, що для коронарної особистості характерні такі особистісні як **цілеспрямованість, квапливість, висока мотивація для досягнення успіху** [98].

Концепція Данбар послугувала основою для розширення досліджень у психосоматиці. Якщо розглядати «особистісні якості», які входять до коронарного типу як унікальні та такі, які вирізняють хворого-сердечника від інших, то очевидно, що ми знайдемо не багато пацієнтів із кардіологічного відділення з такими яскравими особливостями. Можливо до цієї проблеми потрібно підійти із іншого боку, а саме вивчення – вивчати мотиви, цінності та установки людей із груп ризику. Тобто, вивчати спрямованість особистості. Це, по перше допоможе розширити розуміння коронарної типу особистості. Включити в нього поведінковий фактор та фактор стресу; краще розуміти цю категорію людей, які прагнуть до важливих та соціально схвалених цілей [99].

Франс Габріель Александер був американським лікарем, психоаналітиком, один із засновників психоаналітичної медицини. Він пов'язав роль емоційних факторів в виникненні серцево-судинних захворювань. Характеристика порушення серцевої діяльності (тахікардія та аритмія). Симптоматологія так званих функціональних серцево-судинних розладів, в яких емоційні фактори можуть мати етіологічне значення, численна: тахікардія, нервові тремтіння, різні форми аритмії та нейроциркуляторної астенії тощо. Добре відомий тісний зв'язок тривоги та гніву із серцевою діяльністю. Однак, чому ці емоції, якщо вони зберігаються довгий час, як у різних психоневрозах, зокрема при станах тривоги, виявляються в одних випадках у вигляді тахікардії, а в інших — аритмії або симптомів нейроциркулярної астенії, не встановлено. Ймовірно, головну роль у складній іннервації серцевої діяльності, що здійснюється через центральну та вегетативну нервову систему, відіграють органічні фактори. Жорстко розмежовувати органічні та нервові

(функціональні) розлади серцевої діяльності було б, мабуть, надмірним спрощенням. Певні органічні чинники, які власними силами можуть бути нешкідливими, разом із емоційними розладами здатні викликати симптоми хвороби. Нерідко виявляється, що у хворих, які мали діагностовані стійкі невротичні серцеві симптоми, раптово розвивається тяжке серцеве захворювання. Взаємодія органічних та емоційних факторів у деяких випадках вкрай складна та неоднозначна. Тривалий функціональний розлад може призвести до розвитку органічних уражень та незначних органічних дефектів, а також сприяти розвитку невротичних симптомів.

Стосовно специфічності емоційних чинників, ми можемо лише сказати, що особливо важливими серед них є хронічна вільно плаваюча тривога та витіснені ворожі імпульси. Ворожість стимулює тривогу, яка у свою чергу, за принципом невротичного порочного кола, посилює ворожість. Таке невротичне ядро можна виявити в осіб з різним типом особистості, але, мабуть, найчастіше у боязких, людей – вважає Ф. Александер [75]. Іноді можуть спостерігатися в індивідів, котрі страждають фобічною тривогою, що виникає лише у певних ситуаціях; в іншому ці люди виглядають цілком активними та агресивними.

Відносно гіпертонічної хвороби. Це клінічний синдром, що характеризується хронічним підвищенням кров'яного тиску за відсутності видимої органічної причини. Цей синдром має прогресивний перебіг, від ранньої фази, в якій кров'яний тиск лабільний, до пізнішої стадії, в якій кров'яний тиск стає стабільно високим, часто з відповідними ураженнями судин та нирок. Підвищений артеріальний тиск при гіпертонічній хворобі пояснюється більшістю дослідників великим звуженням артеріол у всій судинній системі. Усі спроби виявити морфологічну основу звуження кровоносних судин не мали успіху. Хоча, ймовірно, у деяких випадках ураження судин викликається хронічною гіпертонією; також залишається ймовірним того, що таке ураження є скоріше не її результатом, а супутньою умовою [75].

Ф. Александер у своєму дослідженні взаємозв'язку між підвищеним кров'яним тиском та психогенними факторами приходять до висновку, що хворі на гіпертонію реагують ще більшим підвищенням кров'яного тиску на різноманітні життєві ситуації та фізичні стимули. Якщо звернутися на психотерапію на ранніх фазах захворювання, то після терапії хворі мають позитивні показники та реагують зниженням середнього показника кров'яного тиску. З хворими на гіпертонію проводилися систематичні психоаналітичні дослідження. В одному з них було показано, що на рівень кров'яного тиску значно впливає постійне стримування агресивних імпульсів, які завжди пов'язані з тривожністю. Незважаючи на те, що група хворих складалася з індивідів з різними типами особистості, загальною їх рисою була нездатність вільно виражати свої агресивні імпульси. Надниркові залози виробляють адреналін, який у свою чергу викликає такі фізіологічні зміни в серцево-судинній та інших системах, які дозволяють організму протистояти нападу або рятуватися втечею від небезпеки. Зростання артеріального тиску є одним із компонентів такої фізіологічної підготовки. З усуненням ситуації, що викликає страх, відбувається повернення до норми.

У суспільстві вільне вираження ворожості заборонено; індивід часто відчуває ворожнечу, але не має можливості вільно виражати агресію у фізичній сутичці. Наше суспільство вимагає, щоб індивід повністю контролював усі свої ворожі імпульси. Тобто, деякі люди більшою мірою загальмовані у своїй здатності виражати агресію та тенденції до самоствердження і не можуть використовувати навіть доступні законні виходи для агресивних імпульсів [100]. В результаті живуть у стані ворожості, що постійно стримується. Можна припустити, що гнів, який постійно стримується внаслідок таких обмежень, може стати причиною постійно підвищеного кров'яного тиску, оскільки гнів не можна розрядити ні у фізичній агресії, ні в будь-якій сублимованій формі самоствердження. Таким чином, невиражені ворожі почуття можуть стати джерелом постійної стимуляції судинної системи, ніби загальмований організм постійно готувався до боротьби, яка ніколи не відбувається.

Новий сплеск інтересу до психосоматичних аспектів серцевої патології знову пожвавився після опублікування досліджень Г. Фрідмана та Р. Розенмана [101] [102]. Вони розробили стандартизоване інтерв'ю, що складається з 25 питань, зміст яких мало відношення до коронарної особи (тобто, до осіб з поведінковою активністю типу А). В ході інтерв'ю дослідники виявили людей з особливим набором установок та поведінкових реакцій, котрий вони позначили як «поведінка типу А». Поведінковий тип А включає у себе **виражене прагнення до досягнення успіхів, схильність до суперництва, нетерплячість, ворожість, швидкий темп промови, жваву манеру жестикуляції.**

Випробувані, які перерахованих особливостей не мали, були віднесені до поведінкової активності типу Б. Таким чином, Фрідман і Розенман обстежили 3500 здорових людей. Стежили за станом їхнього здоров'я протягом восьми з половиною років та довели, що випробувані, яким був властивий поведінкова активність типу А, вдвічі частіше страждали від захворювань серцево-судинної системи. Дослідження, що проводилися з метою підтвердження положень Фрідмана та Розенмана, зазвичай ґрунтувалися на припущеннях про наявність високої мотивації досягнення у хворих кардіологічного профілю та їх схильність до змагання. Це дозволяло розглядати таких пацієнтів як типових керівників чи кар'єристів. Дійсно, люди з поведінковою активністю типу А прагнуть зберегти за собою лідерство навіть тоді, коли їх партнер здатний краще впоратися із завданням.

Людина з поведінковою активністю типу А може бути амбітною та працьовитою та проявляти такі характеристики, як агресивність, відсутність терпіння та рішучості. Якщо людина або оточуючі люди описують себе як «трудоголіків», вони, швидше за все, є особистостями з поведінковою активністю типу А. Ці особистості можуть виконувати кілька завдань одночасно і часто брати на себе додаткові обов'язки, щоб досягти успіху.

Особистості поведінкової активності типу А можуть бути дуже цілеспрямованими та працювати над досягненням цілей і термінів у швидкому темпі, ніби вони змагаються з часом.

Люди поведінкової активності типу А можуть легко відчувати розчарування та гнів і можуть бути *більш вразливими до стресу*. Модель «неконтрольованості» Д. Гласса (Glass, 1977) описує саме цю особливість мотивації. Гласс стверджує, що люди поведінкового типу А особливо вразливі до стресорів, це свідчить про втрату контролю над оточенням або про обмеження особистої свободи [103].

У якості причини виникнення поведінкового типу А описуються також особливі властивості самооцінки. Ці люди вважають, що їх *висока самооцінка потребує постійного підтвердження*, таким чином, представляє собою безперервний процес змагання. Це судження проявляється і в зависених вимогах до себе, внаслідок чого особистість має бути дуже активною, щоб їх задовольняти. Особистість поведінкового типу А, згідно з цією моделлю постійно відчуває тривогу, оскільки ніякі, навіть найвидатніші успіхи не можуть дозволити їй «відпочивати на лаврах».

Крім постійної тривоги за результати дії, до негативних ефектів високої мотивації досягнення можна віднести спрямованість індивіда до значних йому цілей на шкоду своєму благополуччю. Це призводить до того, що люди з поведінковим типом А не в змозі вчасно помітити погрозливі симптоми серцевого нападу, тому занадто пізно звертаються до лікаря. Звичайно, можуть бути і такі випадки, коли захворювання, аж до кінцевого пункту – інфаркту міокарда – протікає без чітких симптомів. Проте, на великій вибірці піддослідних випробування показало, що можна було б уникнути інфаркту, бо йому передувала низка симптомів, неспецифічні сигнальні відчуття такі як *втома, недостатня активність, розлади сну, страхи, відчуття, що людина хворіє*, інші зміни емоційної сфери.

Більшість дослідників, які вивчають психосоматичні прояви хвороби у своїх клієнтів, зазначають, що психосоматичний синдром служить їм для того

аби зняти вантаж неусвідомлюваних конфліктів за рахунок перенесення частини психічної енергії у фізичну сферу. На думку психолога, нейрофізіолога Голотовської Наталії [104] кардіологічні психосоматичні хвороби можна розділити на певні групи, де певна частина серця (передсердя, шлуночки, аорта) відповідає за певний неусвідомлюваний конфлікт. Тобто, команду віддає головний мозок, а серце певним чином реагує на цю команду. Це реакція на страх, переживання, тривогу, гнів, роздратування, стрес.

Таким чином, вона виділяє такі типи конфліктів [104]:

1) Передсердя – «конфлікт шматка», тобто неможливість щось буквально «переварити» (у подібних випадках часто задіяний шлунок); у таких випадках у клієнта часто бувають болі у шлунку. Тут йдеться про ту ситуацію, коли людина не в змозі «переварити» ситуацію/людину/її щось не влаштовує.

2) Шлуночки – «конфлікт перенавантаження», великий емоційний вантаж, який людина несе на собі. У цьому випадку для мозку вантаж є поняттям фактичним, не важливо емоційний чи фізичний.

3) Аорта – «конфлікт, який пов'язаний із втратою території». Це одна із надважливих потреб людини – потреба у власній території. Тут мова йде про житлову площу, фінанси, бізнес і т.д. (вражає коронарні судини серця та аорту; стенокардія, атеросклероз коронарних судин, брадикардія)

4) Конфлікт самознецінення – це конфлікт, який йде ще з дитинства. Пов'язаний із такими захворюваннями як стеноз, перикардит, звуження метрального клапана.

5) Порок серця – авторка вказує на те, що даний тип конфлікту пов'язаний із відсутністю комунікації між людьми.

Звичайно ж всі ці типи конфліктів можна застосовувати до клієнтів у тих випадках, коли вони фактично (за медичними показниками) є здоровими, а їхню проблему ми відносимо виключно до психічної сфери.

Основні ж труднощі, які можуть виникнути при постановці діагнозу клієнту у тому, щоб переконати його, що його хвороба пов'язана із емоційною сферою, а не хворобою конкретного органу. Нездатність багатьох

психосоматичних хворих усвідомлювати свої емоційні проблеми часто є проявом страху перед стигматизацією. Бо у суспільстві є певний умовний поділ на «пристойні», тобто органічні хвороби та «непристойні» неорганічні – психічні хвороби. Люди просто бояться такого діагнозу, простіше лікувати серце від болю пігулками, ніж голову від першопричини, яка як наслідок викликає болі у серці.

Особистість з поведінковою активністю типу Б багато в чому протилежна особистості типу А. Люди з типом особистості Б, як правило, більш легкі та більш невимушені за характером.

Люди з поведінковим типом Б можуть стабільно працювати над досягненням мети без відчуття терміновості, яке може проявляти особистість типу А. Особистості типу Б зазвичай не відчувають потреби доводити іншим свої здібності або демонструвати перевагу. Люди з типом особистості Б зазвичай мають низький рівень конкурентоспроможності і їх важко розчарувати. Люди з типом особистості Б можуть бути доброзичливими та легко ладнати з іншими, демонструючи низький рівень ворожості чи агресії.

#### ***Характерні особливості поведінкової активності типу Б:***

- ✓ миролобство;
- ✓ розслабленість;
- ✓ легкість у спілкуванні;
- ✓ вільні від стресу або менш схильні до стресу;
- ✓ відсутність відчуття терміновості виконання завдань і відкладання;
- ✓ відсутність конфліктів з іншими;
- ✓ стабільність;
- ✓ врівноваженість;
- ✓ гнучкість і адаптивність, легко пристосовуються до змін;
- ✓ менш конкурентоспроможні, ніж поведінковий тип А;
- ✓ здатність підходити до діяльності та завдань у повільнішому темпі.

***Характерні особливості поведінкового типу А:***

- ✓ мають агресивний характер;
- ✓ націленість на досягнення;
- ✓ працьовитий;
- ✓ впевнений;
- ✓ легко роздратувати (нетерпимий);
- ✓ недружній або ворожий;
- ✓ хороший у багатозадачності;
- ✓ має відчуття терміновості;
- ✓ має високу конкурентоспроможність;
- ✓ нетерплячий;
- ✓ вмотивований;
- ✓ енергійний<sup>4</sup>
- ✓ нижчий емоційний інтелект, порівняно із поведінковим типом Б.
- ✓ підвищений емоційний фон (характерний для сангвініків та холериків);
- ✓ прагнуть до важливих та соціально схвальних цілей;
- ✓ хронічна вільно плаваюча тривога;
- ✓ швидкий темп мови;
- ✓ жвава манера жестикуляції;
- ✓ високий рівень стресу;

Основна причина серцевих захворювань поведінкового типу А полягає в тому, що вони нездатні вчасно зупинитися та відпочити. Їхня поведінка значно відрізняється від поведінки осіб типу Б – девіз котрих звучить, (переклад з англійської) «зупинись та вдихай аромат троянд». Прагнучи до зовнішніх по відношенню до «Я» цілей (хай навіть ці цілі і дуже похвальні), особи з поведінковим типом А не завжди зауважують, що вони перебувають у стані стресу, що їм необхідно відпочити, а іноді навіть звернутися до лікаря [105].

Цікавим видається для нас й висновок до статті «Порівняльно-аналітичне дослідження типу особистості вчителя (поведінкові типи А та Б),

щоб вивчити наслідки остракізму» [106], проведеному у 2017 році. Вчені з Китаю та Пакистану прийшли до висновку, що є емпіричні докази щодо зв'язку між остракізмом на робочому місці та вигоранням. Крім того, вчені помітили значний ефект між поведінковим типом особистості А і Б та між обраними змінними (остракізм на робочому місці та професійне вигорання). Це дослідження забезпечує унікальну функцію порівняння рівня професійного вигорання осіб, які мають особистість поведінкового типу А і Б через остракізм на робочому місці. Також було доведено взаємозв'язок між типом особистості А і Б та їхнім типом відносин на робочому місці, між типом особистості та остракізмом, між типом особистості та професійним вигоранням. Відповідно до цього дослідження було виявлено, що люди з поведінковим типом А мають більшу схильність до високого рівня професійного вигорання через остракізм на робочому місці. У той час як поведінковий тип особистості Б не має сильного впливу остракізму на робочому місці, а відтак професійне вигорання не настільки сильне та швидке, як у осіб поведінкового типу А. Висновок до якого дійшли автори статті полягає у тому, що люди поведінкового типу А є більш чутливі до організаційних проблем і питань. У той час як люди поведінкового типу Б є відносно «холодні» і ніколи не страждають від незначних інцидентів всередині організації.

## Висновок до другого розділу

При проведенні теоретичного дослідження психосоматики як окремого напрямку психології було виявлено прямий зв'язок між психологією та традиційною медициною у контексті дослідження психосоматичної проблематики. А психосоматика постає сучасною міжгалузевою науковою дисципліною, що займається вивченням взаємозв'язку та взаємозалежності соматичних захворювань (хвороб тіла) і психологічних причин їх виникнення.

Інтеграція різних теоретичних напрямів до одного теоретичного поля, в нашому випадку, для теоретичного дослідження осіб, які належать до типів поведінкової активності А та Б потребує уваги конкретної предметної орієнтації. Тобто, всебічне вивчення проблематики як з боку психологів, так із боку медиків. Важливим є усвідомлення того факту, що психосоматика як окремий напрям набуває значення саме як поєднання різних напрямів, які визначають розкриття окремих аспектів у консультуванні/ лікуванні осіб поведінкових типів А та Б.

Грунтовні теоретичні та практичні дослідження дають підставу ученим класифікувати психосоматичні розлади у відповідності до певної симптоматики. Таким чином, сучасна класифікація дозволяє нам віднести осіб поведінкового типу А до групи осіб із функціональними психосоматичними синдромами, які проявляються у вигляді різних відхилень у діяльності серцево-судинної системи (тахікардія, психогенні болі в серці, підвищений тиск, інфаркт міокарду).

Говорячи про характеристику поведінкового типу А необхідно спиратись на дослідження Хелен Фландерс Данбар, вона зазначила, що для коронарного типу особистості притаманні цілеспрямованість, квапливість, висока мотивація на досягнення успіху. Франс Александер у своєму дослідженні коронарного типу вказує на те, що реакція на стрес у гіпертоніків – ще більше підняття кров'яного тиску. Також встановив зв'язок між дією агресивних імпульсів, які постійно стримуються та реакцією організму у вигляді підвищення артеріального тиску (це пов'язано із контролем ворожості). Фрідман і Розенман

у своєму лонгітюдному дослідженні (тривало більше восьми років) встановили взаємозв'язок між поведінковим типом А та вдвічі більшою кількістю серцево-судинних хвороб саме цього типу осіб.

Значні теоретичні та практичні надбання із різних напрямів: психологічне поле дослідження, дослідження у сфері традиційної медицини, соціологічні дослідження дають підстави вважати, що певні типологічні характеристики особистості, її реакції на певні обставини (стрес, відчуття часу, емоційність та ін.) можуть віднести до певного типу поведінкової активності: А, АБ, Б. Узагальнюючи численні дослідження науковців різних сфер, до основних характеристик осіб поведінкового типу А відносимо: підвищений емоційний фон, прагнення до важливих та соціально схвальних цілей, хронічно вільно плаваюча тривога, підвищена активність, виражене прагнення до успіхів, нетерплячість, швидкий темп мови, ворожість, жвава манера жестикуляції, постійне відчуття тривоги, висока мотивація у досягненнях, високий рівень стресу. Тоді як поведінковий тип Б відрізняють наступні характеристики: миролюбство, розслабленість, легкість у спілкуванні, вони вільні від стресу або менш схильні до нього, відсутність відчуття терміновості виконання завдань, відсутність конфліктів з іншими, стабільність, врівноваженість, гнучкість і адаптивність, легко пристосовуються до змін, менш конкурентоспроможні, ніж поведінковий тип А, здатність підходити до діяльності та завдань у повільнішому темпі.

В Україні психосоматика активно почала розвиватися з початку 90-х років ХХ століття. На сьогоднішній день більш активний розвиток та затребуваність на саме психосоматичну допомогу переважає у столиці, відносно ж міста Дніпра, при поверхневому дослідженні цього питання, виявилось, що подібними послугами, у порівнянні із Києвом, користується менше.

## РОЗДІЛ 3

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ: ТРАНСФОРМАЦІЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

#### 3.1. Обґрунтування щодо обраного для емпіричного дослідження психодіагностичного інструментарію

Для дослідження психічного здоров'я особистості використані стандартизовані психологічні методики, які перш за все, мають відповідати таким двом головним критерієм: «надійність» та «валідність», інакше результати проведеного тестування будуть не дійсними. Поняття «*надійність*» для психолога, що проводить тестування клієнта – відносна постійність, стійкість, узгодженість результатів тестів як при первинному, так і при вторинному тестуванні на одних і тих же досліджуваних. Але ступінь надійності залежить від багатьох причин:

- ✓ нестабільність діагностованої якості;
- ✓ недосконалість діагностичних методик.
- ✓ зміна ситуація обстеження;
- ✓ відмінності у манері поведінки експериментатора;
- ✓ коливання у функціональному стані випробуваного;
- ✓ елементи суб'єктивності у способах оцінки та інтерпретації результатів [107].

На думку К. М. Гуревича категорія «надійність» тлумачиться у трьох смислах:

- ✓ надійність самого вимірювального інструмента;
- ✓ стабільність досліджуваної ознаки;
- ✓ константність, тобто відносна незалежність результатів від особистості експериментатора [108].

Другий важливий критерій психодіагностики є «валідність».

**Валідність тесту** – це надійність. Поняття, що вказує нам, що саме тест вимірює і наскільки добре він це робить. Виділяють чотири типи показників валідності:

1. Критерій виконання (до них входять: кількість виконаних робіт, успішність, час, витрачений на навчання, темпи зростання кваліфікації тощо).

2. Суб'єктивні критерії (вони включають різні види відповідей, що відображають ставлення людини до чогось або до когось, його думки, погляди, переваги, суб'єктивні критерії отримують за допомогою інтерв'ю, та анкет).

3. Фізіологічні критерії (вони використовуються при вивченні впливу навколишнього середовища та інших ситуацій. Вплив зовнішніх змінних на організм і психіку людини).

4. Критерій випадковостей (застосовується, коли мета дослідження стосується, наприклад, проблеми відбору для роботи таких осіб, які менш схильні до нещасних випадків) [107].

Діагностична методика мусить бути стандартиною. На думку А.Анастазі [109], стандартизація розглядається у двох планах: як вироблення єдиних вимог до процедури експерименту і як визначення єдиного критерію оцінки результатів діагностичних випробувань. Тут постає важлива задача для психолога, адже для діагностики психічних властивостей та станів особистості необхідна **статистична норма**, стосовно якої оцінюються різні ступені успішності або неуспішності виконання діагностичної проби. Однак, для психічних властивостей та станів особистості такої норми не існує. Поняття норма тут має тонку грань, вона помітна досвідченим психологам – відрізнити норму від патології. Такий підхід лише ускладнює процедуру діагностики, недосвідчений психолог помилково може зробити висновок із тестування.

У цьому випадку об'єктивізуватиме ситуацію застосування до випробуваного більше двох методик. Наша дипломна робота передбачає **комбінаторний підхід (принцип комбінаторності) та принцип кореляції даних та, відповідно**, підсумок на основі 7 методик, які будуть включати

методики діагностики психічного здоров'я та психосоматичного здоров'я, які пов'язані організмом людини в єдине ціле.

Нами обраний психологічний інструментарій, який включає такі діагностичні тести:

1. Тест-опитування вимірювання мотивації досягнення. Модифікація тест-опитування А. Мехрабіана (адаптація М.Ш. Магомед-Емінова);
2. Шкала психологічного стресу PSM25 Лемура-Тесьє-Філляна (Lemur-Tessier-Fillion);
3. Діагностика типу поведінкової активності Jenkins Activity Survey (JAS);
4. Методика діагностики типу емоційної реакції на вплив стимулу навколишнього середовища;
5. Тест «формула темпераменту» (А.Бєлова);
6. Методика визначення домінуючого стану Кулікова ДС – 6;
7. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В.А.Жмурова.

Даний психологічний інструментарій відповідає усім вимогам та критеріям, які висуваються до подібного психологічного інструментарію. Інструментарій адаптований під культурні та ментальні особливості українських громадян. Тому адекватний підрахунок результатів дослідження за сімома методиками будемо вважати репрезентацією сучасного українського суспільства з точки зору гендерно-вікових характеристик за вибіркою «сніговий ком».

### **3.2. Кількісний та якісний аналіз за обраним психодіагностичним інструментарієм**

*Кількісний аналіз* полягає у тому, щоб провести дослідження у соціологічній техніці «сніговий ком», яка репрезентує українське суспільство з точки зору гендерно-вікових показників за обраним інструментарієм (7 методик

на визначення психічного та психосоматичного здоров'я) середньостатистичні дані, отримані в ході психологічного дослідження: найвищі, середні та найнижчі значення, з урахуванням норми для даного регіону (Україна);

**Якісний аналіз** даних полягає у тому, що такий психологічний інструментарій допоможе у підтвердити/спростувати гіпотезу про те, що дослідження ейфоричної активності назовні (пертворення впливу зовнішнього середовища на людину) в позитивні імпульси, а також псивне реагування допомагають мінімізуються стрес та депресію у дюдини; (для підтвердження/спростування цієї гіпотези використано принцип за яким досліджується наскільки ці показники корелюються у двох методиках: Методиці діагностики типу емоційної реакції на вплив стимулу навколишнього середовища та Методиці диференціальної діагностики депресивних станів В.А.Жмурова; та протилежна тенденція відносно дисфоричного реагування, де як позитивні, так і негативні імпульси зводяться до негативних переживань – як наслідок досліджувані із таким типом реагування мають більший у порівнянні із іншими відсоток стресу та депресії;

Високі показники активного ставлення, високого тону, спокою, стійкого емоційного тону, задоволення життям, позитивного образу себе Методики визначення домінуючого стану Кулікова ДС – 6 у кореляції з показниками диференціальної діагностики депресивних станів В.А.Жмурова допоможуть підтвердити/спростувати гіпотезу про низькі показники депресивних станів; в противагу попередній гіпотезі нами була висунута така, що показники пасивного стану, низького тону, тривоги, нестійкого емоційного тону, незадоволення життям, негативного образу себе напряду пов'язані із високими показниками депресивних станів;

Також проводимо кореляцію показників темпераменту людини із типом її поведінкової активності, де припускаємо, що поведінкова активність (тип поведінкової активності А, АБ та Б, який визначаємо у дослідженні за допомогою Діагностики типу поведінкової активності Jenkins Activity Survey (JAS) пов'язаний із темпераментом людини (який будемо визначати за

допомогою Тест «формули темпераменту» (А. Белова); ще один аналіз кореляції даних постає із Діагностики типу поведінкової активності Jenkins Activity Survey (JAS) та мотивацією досягнення або уникнення невдач, де нами припускається гіпотеза про тип поведінкової активності А та високою мотивацією досягнення, відповідно, тип поведінкової активності Б та мотивація до уникнення невдач.

## РЕЗУЛЬТАТИ КІЛЬКІСНОГО АНАЛІЗУ ЗА СІМОМА МЕТОДИКАМИ:

1. Тест-опитування вимірювання мотивації досягнення. Модифікація тест-опитування А. Мехрабіана (адаптація М.Ш. Магомед-Емінова).

Зведена таблиця по групах:

76 – 129 балів	130 – 164 балів	156 – 210 балів
мотивація уникнення невдач	середнє значення між мотивом прагнення успіху та уникнення невдач, залежно від обставин	мотивація прагнення успіху
<b>25%</b>	<b>59%</b>	<b>16%</b>

2. Шкала психологічного стресу PSM25

Зведена таблиця по групах:

40 – 60 балів	61 – 80 балів	81 – 100 балів	101 балів та вище
низький рівень стресу	низький з тенденцією до середнього рівня стресу	середній рівень стресу	високий рівень стресу
<b>28%</b>	<b>22%</b>	<b>25%</b>	<b>25%</b>

### 3. Діагностика типу поведінкової активності

Зведена таблиця по групах:

Тип поведінкової активності А	Тип поведінкової активності АБ	Тип поведінкової активності Б
242 – 335 балів	336 – 416 балів	417 балів і більше
<b>22%</b>	<b>53%</b>	<b>25%</b>

4. Методика діагностики типу емоційної реакції на вплив стимулу навколишнього середовища

#### *Формули перетворення енергії*

Ейфорична активність назовні			Рефрактерна активність всередину		
Високі бали	Середні бали	Низькі бали	Високі бали	Середні бали	Низькі бали
<b>28%</b>	<b>30%</b>	<b>42%</b>	<b>12%</b>	<b>50%</b>	<b>38%</b>

Дисфорична активність назовні			Пасивне реагування		
Високі бали	Середні бали	Низькі бали	Високі бали	Середні бали	Низькі бали
<b>6%</b>	<b>11%</b>	<b>80%</b>	<b>28%</b>	<b>40%</b>	<b>32%</b>

### 5. Формула темпераменту Бєлова

Флегматичний темперамент	Сангвінічний темперамент	Меланхолічний темперамент	Холеричний темперамент
<b>38,2%</b>	<b>28,6%</b>	<b>20,4%</b>	<b>12,8%</b>

**6. Методика визначення домінуючого стану Кулікова ДС – 6 окремо по кожному компоненту аналізу:**

Активне ставлення	Середні значення	Пасивне ставлення
<b>22%</b>	<b>57%</b>	<b>21%</b>

Тонус високий	Середні значення	Тонус низький
<b>28%</b>	<b>51%</b>	<b>21%</b>

Спокій	Середні значення	Тривога
<b>34%</b>	<b>10%</b>	<b>56%</b>

Стійкість емоційного тону висока	Середні значення Стійкості емоційного тону	Стійкість емоційного тону низька
<b>38%</b>	<b>49%</b>	<b>13%</b>

Задоволення життям	Середні значення задоволення життям	Невдоволення життям
<b>31%</b>	<b>57%</b>	<b>12%</b>

Позитивний образ себе	Середні значення	Негативний образ себе
<b>12%</b>	<b>67%</b>	<b>21%</b>

**7. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В.А.Жмурова**

Високий рівень депресивних станів		Середній рівень депресивних станів		Низький рівень депресивних станів	
88-132 бали	68-87 балів	високий 45-67 балів	25-44 бали	10-24 бали	0-9 балів
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>13%</b>	<b>37%</b>	<b>39%</b>	<b>11%</b>

## ЯКІСНИЙ АНАЛІЗ ДАНИХ

Прорахунки проводились на основі тенденції у кореляції окремих показників за двома та більше методиками, у відповідності до висунутих нами гіпотез. Для наочності будуть представлені результати окремих досліджуваних, які є характерними репрезентантами та у пропорційному відношенні репрезентують показники усїєї вибірки.

**Гіпотеза дослідження 1.** Ейфорична активність у поєднанні з пасивним реагуванням допомагають мінімізуються стрес та депресію у дюдини.

Максимальна кількість балів, яку можна отримати у ході тестування за Методикою діагностики типу емоційної реакції на вплив стимулу навколишнього середовища становить 39 балів, які розподіляються за чотирма шкалами нерівномірно у відповідності до відповідей респондентів. Тому за кожною зі шкал ми маємо різні кількісні показники. Для того, щоб підтвердити/спростувати гіпотезу першу ми обрали найвищі показники ефоричної активності (дати розгорнуте визначення що таке) та пасивного реагування (дати розгорнуте визначення що таке) та співвіднести їх із показниками депресії та рівня стресу.

Сума показників ейфоричної активності та пасивного реагування повинна мати перевагу над іншими шкалами методики Діагностики типу емоційної реакції на вплив стимулу навколишнього середовища, а саме рефрактерної та дисфоричної активності. Що й буде характерним типом емоційної реакції у конкретного досліджуваного.

1. На основі кількісного аналізу були виявлені досліджувані із найвищими показниками ейфоричної активності та з показниками пасивного реагування;
2. Ці досліджувані віднесені у окрему таблицю, проводимо кореляційний аналіз з показниками за Методикою визначення депресивних станів та рівнем стресу за Шкалою психологічного стресу PSM25; заносимо дані до зведеної таблиці за двома методиками (додатки).

Отримані результати: до зведеної таблиці були віднесені 28 досліджуваних із найвищими показниками рівня ейфоричної активності, низький та середній-низький показник рівня стресу мають 20 людей (71%), інші мають високий рівень стресу 8 людей (29%) – тенденція у кореляції цих показників підтверджується частково. Щодо показників депресивних станів: серед 28 досліджуваних із високим рівнем ейфоричної активності повна відсутність депресивних станів притаманна 17 індивідам (60%), низькі показники депресивних станів притаманні 8 людям (29%) та у 3 людей (11%) спостерігається середній рівень депресивних станів. Тобто, у випадку співставлення показників ейфоричної активності та рівня депресивних станів вирішальною тенденцією є висока ейфорична активність із низьким рівнем депресивних станів (виключення 11% - люди із середнім рівнем депресивних станів).

Демонстративний матеріал:

Ольга, 33 роки.

Показники Ейфоричної активності – 23

Пасивного реагування – 3

Сума показників – 27 із 39 можливих

Показник депресії – 16

Рівень стресу – 61

Розшифровка: висока ейфорична активність та низьке пасивне реагування у сукупності та окремо є вирішальними тенденціями у типі емоційної реакції на вплив стимулу навколишнього середовища. За таких умов показник депресивних станів низький. У досліджуваної показник депресивних станів становить – 16, що є низьким показником. Рівень стресу – середній.

Демонстративний матеріал:

Анатолій, 40 років.

Показники Ейфоричної активності – 10

Пасивного реагування – 12

Сума показників – 22 із 39 можливих

Показник депресії – 3

Рівень стресу – 41

Розшифрування: середня ейфорична активність та високий показник пасивного реагування у сукупності є вирішальними тенденціями типу емоційної реакції на вплив стимулу навколишнього середовища. Показник депресивних станів мінімальний. Низький рівень стресу.

Демонстративний матеріал:

Юлія, 34 роки.

Показники Ейфоричної активності – 8

Пасивного реагування – 13

Сума показників – 21 із 39 можливих

Показник депресії – 11

Рівень стресу – 53

Розшифрування: середня ейфорична активність та високий показник пасивного реагування у сукупності є вирішальними тенденціями типу емоційної реакції на вплив стимулу навколишнього середовища. Показник депресивних станів низький. Рівень стресу середній.

***Гіпотеза №1 – підтверджена частково. Висока ейфорична активність у поєднанні із пасивним реагуванням корелюється із низькими показниками депресивних станів, однак не завжди пов'язана із низькими показниками рівня стресу.***

Треба зазначити, що для більш детального вивчення необхідний більший масив досліджуваних та подальші доробки у цій галузі.

***Гіпотеза дослідження 2.*** Зворотня тенденція. Високі показники дисфоричного реагування на вплив стимулу навколишнього середовища корелюються із високими показниками депресії та із високими показниками рівня стресу.

Для того, щоб підтвердити/ спростувати гіпотезу ми обрали найвищі показники дисфоричного реагування (дати розгорнуте визначення що таке)

співвіднесли їх із найвищими показниками депресії та стресу серед опитаних у ході дослідження респондентів.

Отримані результати: до зведеної таблиці були віднесені 6 досліджуваних із найвищими показниками дисфоричного реагування, високий та дуже високий рівень стресу мають 5 людей (83%), 1 має низький рівень стресу (17%) – ця тенденція у кореляції вищезазначених показників підтверджується. Щодо показників депресивних станів: серед 6 досліджуваних із високим рівнем дисфоричного типу реагування низький рівень депресивних станів притаманний 3 індивідам (50%), середній-високий притаманний 3 людям (50%) – це означає, що вірогідність виникнення депресивних станів при дисфоричному типі реагування становить 50 %.

У нашому дослідженні показовими будуть такі показники дисфоричного реагування –10 – це високий бал дисфоричного типу реагування.

Показовими будуть результати:

Данило, 19 років

Показники дисфоричного реагування – 10

Показник депресії – 52

Рівень стресу за шкалою PSM – 25 становить – 147

Розшифрування: високий показник дисфоричного реагування на вплив стимулу навколишнього середовища корелюється із такими показниками: середнім високим показником рівня депресивних станів та високим рівнем стресу.

Воєвуд., 22 роки

Показники дисфоричного реагування – 10

Показник депресії – 31

Рівень стресу за шкалою PSM – 25 становить – 108.

Розшифрування: середній високий показник дисфоричного реагування на вплив стимулу навколишнього середовища корелюється із середнім показником рівня депресивних станів та високим рівнем стресу.

*Гіпотеза №2 – частково підтверджена. Корелюються показники високого рівня дисфоричного типу реагування на вплив стимулів зовнішнього середовища та високого рівня стресу, (у 83% випадків – що є тенденцією); кореляція показників рівня дисфоричного реагування на вплив стимулів зовнішнього середовища та високого рівня депресивних станів, корелюється у 50% випадків – що не є тенденцією. Можемо констатувати виявлену тенденцію. Тобто, гіпотеза підтверджується частково.*

Для більш ґрунтовної характеристики тенденцій, які виникають на підставі кореляційного аналізу цих показників необхідне дослідження більшого масиву досліджуваних випадків.

*Гіпотеза дослідження 3.* Високі показники активного ставлення, високого тону, спокою, стійкого емоційного тону, задоволеністю життям та позитивного образ себе у методиці визначення домінуючого стану кулікова ДС – 6 корелюються із низькими показниками депресивних станів за методикою Жмурова.

Отримані результати: нами відсортовані найвищі показники за усіма шкалами методики ДС-6 таким чином, щоб у цю групу потрапили виключно ті респонденти, які мають середні та високі показники за усіма шкалами, випадки, коли досліджуваний має високі бали за певними шкалами, але при цьому й низькі показники за іншою частиною шкал не брали у хід дослідження. Таким чином ми отримали 20 респондентів, як потрапили у цю групу. Далі співвідносимо уже отримані високі показники за Методикою ДС-6 з показниками депресивних станів. Отримали наступні результати: низький рівень депресивних станів притаманний 14 досліджуваним (70%); середній низький рівень депресивних притаманний 5 досліджуваним (25%) та 1 досліджуваний має середній високий показник рівня депресивних станів, що у відсотковому відношенні складає 5%. Таким чином, тенденція щодо кореляції високих показників за Методикою ДС-6 та низьким рівнем депресивних станів підтверджується (5% потрапляють у допустиме відхилення – як унікальний випадок)

Для наочності пропонуємо такі показники респондентів:

Дарія, 23 роки

Активне ставлення –60

Високий тонус – 59

Спокій – 53

Стійкий емоційний тон – 61

Задоволеність життям – 65

Позитивний образ себе – 50

Рівень депресивних станів – 24

Розшифрування: високий показник активного ставлення, високий показник тонусу, високий показник спокою, високий показник стійкого емоційного тону, високий показник задоволеністю життям та високий показник позитивного образ себе корелюється із середнім низьким рівнем депресивних станів.

Олена, 35 років

Активного ставлення –63

Високий тонус – 64

Спокій – 60

Стійкий емоційний тон – 61

Задоволеність життям – 56

Позитивний образ себе – 55

Рівень депресивних станів – 16

Розшифрування: високий показник активного ставлення, високий показник тонусу, високий показник спокою, високий показник стійкого емоційного тону, високий показник задоволеністю життям та високий показник позитивного образ себе корелюється із низьким рівнем депресивних станів.

***Гіпотеза №3 підтверджується.***

***Гіпотеза дослідження 4. (зворотня попередній).*** пасивний стан, низький тонус, тривога, нестійкий емоційний тон, незадоволення життям та

негативний образ себе у методиці визначення домінуючого стану Кулікова ДС – 6 корелюються із високими показниками депресивних станів за методикою Жмурова.

Отримані результати: нами відсортовані найнижчі показники за усіма шкалами методики ДС-6 таким чином, щоб у цю групу потрапили виключно ті респонденти, які мають найнижчі показники за усіма шкалами, випадки, коли досліджуваний має низькі бали за певними шкалами, але при цьому й високі показники за іншою частиною шкал не брали у хід дослідження. Таким чином ми отримали 20 респондентів, як потрапили у цю групу. Далі співвідносимо уже отримані низькі показники за Методикою ДС-6 з показниками депресивних станів. Отримали наступні результати: серед досліджуваних із низькими показниками за усіма шкалами Методики ДС-6 високий середній бал за шкалою депресивних станів отримали 12 досліджуваних (тобто 60%); низькі бали за Методикою виявлення депресивних станів отримали 8 досліджуваних (40%). Таким чином, прямий кореляційний зв'язок між низькими показниками Методики ДС-6 та Методикою визначення депресивних станів виявлений частково, оскільки ми не можемо ігнорувати значну частку (40%), у яких не виявлено депресивних станів при низьких показниках у ДС-6.

Демонстративний матеріал:

Кирило, 22 роки

Пасивний стан – 28

низький тонус – 25

тривога – 25

нестійкий емоційний тон – 40

незадоволення життям – 26

негативний образ – 43

показників рівня депресивних станів – 62

*\*примітка.*

*Низькі значення не означають низького значення зазначених показників, а навпаки – є показником домінуючих станів опитаного респондента.*

Розшифрування: пасивний стан, низький тонус, тривога, нестійкий емоційний тон, незадоволення життям та негативний образ корелюються із високим середнім рівнем депресивних станів.

*Гіпотеза №4 підтверджена частково.*

*Гіпотеза дослідження 5.* Полягає у співставленні показників за Методикою визначення темпераменту Белова (розшифрувати що за методика) та показниками Діагностики типу поведінкової реакції (розшифрувати), поведінкова активність типу А корелюється із превалюючим сангвінічним та холеричним типом темпераменту; зворотня (протилежна) тенденція полягає у тому, що поведінкова активність типу Б корелюються з превалюючим флегматичним типом темпераменту.

Отримані результати: нами систематизовані показники за превалюючим типом темпераменту людини типом її поведінкової активності. «Чистих» А – 22 опитаних (22%); «чистих» Б – 25 опитаних (25%). Ми співвіднесли результати людей за типом їхньої поведінкової активності та перевагою у типі темпераменту. Таким чином поведінковій активності типу А притаманний холеричний тип темпераменту у 15 випадках (68% випадків) та 7 випадках (32% випадків); для поведінковій активності типу Б притаманна перевага флегматичного тип темпераменту, меншою мірою представлені сангвінічний та меланхолічний, зовсім неznана частка холеричного типу темпераменту. У 20 випадках із 25 людей із поведінковою активністю типу Б переважає флегматичний тип темпераменту – 80 % випадків; 20% - розподіляються між іншими типами темпераменту, що не є провідною тенденцією цього типу поведінкової активності.

Для наочності пропонуємо такі показники респондентів:

Світлана, 41 рік

Поведінкова активність – 242 (А)

Тип темпераменту у % співвідношенні:

Сангвінічний тип темпераменту – 33%;

Холеричний тип темпераменту – 40%;

Меланхолічний тип темпераменту – 12%;

Флегматичний тип темпераменту – 15%;

Розшифрування: ми бачимо превалюючий тип темпераменту холеричний, трохи нижчий показник сангвінічного темпераменту; флегматичний та меланхолічний типи темпераменту не є основоположними проявами темпераменту даної особистості. Діагностика поведінкової активності показала результат 242 – це «чистий» поведінковий тип А.

Відносно ж протилежної тенденції, то тут представмо результати таких респондентів:

Олексій, 44 роки.

Поведінкова активність – 508 (Б)

Тип темпераменту у % співвідношенні:

Сангвінічний тип темпераменту – 25%;

Холеричний тип темпераменту – 25%;

Меланхолічний тип темпераменту – 19%;

Флегматичний тип темпераменту – 36%;

Розшифрування: у даному випадку переважає флегматичний тип темпераменту, однак сангвінічний та холеричний тип темпераменту складають значну частку. Меланхолічний тип темпераменту має найнижчий відсоток у даного досліджуваного, однак ми не можемо ігнорувати значні, на наш погляд показники у 19%. Тому даємо заключення, що особистість складна – багатогранна у своїх проявах, з перевагою флегматичного типу темпераментних особливостей. Діагностика поведінкової активності показала результат 508 – це «чистий» поведінковий тип Б.

Андрій, 45 років.

Поведінкова активність – 437 (АБ)

Тип темпераменту у % співвідношенні:

Сангвінічний тип темпераменту – 17%;

Холеричний тип темпераменту – 10%;

Меланхолічний тип темпераменту – 21%;

Флегматичний тип темпераменту – 52%;

Розшифрування: у даному випадку переважає флегматичний тип темпераменту – більше половини у відсотковому співвідношенні, Меланхолічний тип темпераменту має наступний показник після флегматичного типу темпераменту, сангвінічний та холеричний типи темпераменту не є вирішальними проявами темпераментних особливостей даного досліджуваного. Діагностика поведінкової активності показала результат 437 – це поведінковий тип АБ, з тенденцією до поведінкового типу Б.

***Гіпотеза №5 – підтверджена. Однак, треба зазначити, що більші масиви людей були б більш показовими для підтвердження такої гіпотези. Тому це є перспективним завданням для подальших доробок у цій галузі.***

***Гіпотеза 6.*** Співвідношення типу поведінкової активності та мотивацією досягнення/уникнення невдач. Де тип поведінкової активності А має вищі показники у мотивації досягнення у порівнянні з типом поведінкової активності Б, де провідною тенденцією цього типу є уникнення невдач.

Таким чином, ми обрали найвищі показники поведінкового типу А та співвіднесли їх із показниками за методикою Мотивації досягнення/уникнення невдач Мехрабіана (**описати методику**); протилежною тенденцією є співвідношення показників поведінкової активності типу Б та уникнення невдач. Досліджувані із типом поведінкової активності А складають 22% відстоки від усіх досліджуваних, мотивація досягнення успіху притаманна у 75% випадків; у випадку із типом поведінковою активністю типу Б, то тут переважає тенденція уникнення невдач, що у відсотковому відношенні складає 70%. Тобто, виходячи із отриманих нами результатів ми простежуємо певну тенденцію між показниками у мотивації досягнення/уникнення невдач та типом поведінкової активності.

Демонстративний матеріал:

Юлія, 34 роки.

Мотив досягнення – 210

Тип поведінкової активності – 340 (АБ), з тенденцією до поведінкової активності А.

Розшифрування: мотив досягнення 210 це дуже високий результат, переважає тенденція досягнення над тенденцією уникнення невдач. Тип поведінкової активності – 340 – АБ з тенденцією до А.

Олена, 51 рік.

Мотив досягнення – 177.

Тип поведінкової активності – 339 (АБ), з тенденцією до поведінкової активності А.

Розшифрування: мотив досягнення 177 це високий результат, переважає тенденції досягнення над тенденцією уникнення невдач. Тип поведінкової активності – 339 – АБ з тенденцією до А.

Протилежна тенденція:

Олексій, 44 рік.

Мотив уникнення невдач – 93.

Тип поведінкової активності – 508 (Б).

Розшифрування: мотив уникнення невдач 93, переважає тенденція уникнення невдач над мотивацією досягнення. Тип поведінкової активності – 508 – Б.

*Гіпотеза №6 підтверджена. Тут слід враховувати також значення, які близькі до «чистих» типів, вони можуть скласти значну частку та змінити хід тенденції. (як ми бачимо у демонстративному матеріалі (наведені перехідні типи АБ із провідною тенденцією досягнення) у нашому випадку це лише збільшить % кореляційних даних між двома вищезазначеними методиками.*

**Формуємо групи ризику на основі кількісного та якісного досліджень психічного та психосоматичного здоров'я:**

За методикою першою «Тест-опитування вимірювання мотивації досягнення». Модифікація тест-опитування А. Мехрабіана (адаптація М.Ш.

Магомед-Емінова) – *мотивація до прагнення успіху*, як ключова ознака поведінкової активності типу А (кардіологічний тип) – 16 % від загальної кількості усіх опитаних респондентів. За гендерним складом 63% - чоловіки та 37% - жінки від загальної кількості. Це означає, що у даних досліджуваних існує більший по відношенню до інших досліджуваних ризик серцево-судинних хвороб.

Профілактикою щодо ризику серцево-судинних хвороб буде енергозберігаючий стиль поведінки, тобто мотив уникнення невдач, який є ключовою ознакою поведінкового типу Б. Частка респондентів, яким притаманний мотив уникнення невдач складає 25 % від загальної кількості респондентів. За гендерним складом – 11 чоловіків та 14 жінок (44% - чоловіки та 56% - жінки від загальної кількості 25 респондентів);

За другою методикою – шкала психологічного стресу PSM25.

*Еустрес* – як позитвний стрес (стан людини, коли підвищується функційний резерв організму, відбувається його адаптація до стресового фактору); *дистрес* – руйнівний стан для організму людини її психічного та соматичного здоров'я (людина не в змозі адаптуватися до стресових ситуацій та спричинених ними наслідків і проявляє дезадаптивну поведінку. Притаманні явища невідповідної соціальної взаємодії: агресія, пасивність, ізоляція).

Суттєвим фактором стресу є його тривалість. Короткочасний стрес чи затяжний. Фіксуємо найвищі значення, які є групою ризику. Таким чином, високий рівень стресу мають 25% від загальної кількості опитаних респондентів. За гендерним складом 60% - жінки та 40% чоловіки.

Профілактикою та лікуванням стресових розладів мають займатись спеціалісти психотерапевти та лікарі-клініцисти. Однак при цьому існують базові рекомендації: чередування праці/відпочинку; якісний сон; помірна фізична активність; зменшення подразників, що спричинять стрес; зміна ставлення до речей, що викликають стрес і т.д.

За методикою третьою – Діагностика типу поведінкової активності JAS.

Тип поведінкової активності А, тип поведінкової активності Б.

А – 22%, серед них 55%- жінки; 45%- чоловіки.

Б – 25%, серед них 13 жінки, 52 %- жінки та 48 %- чоловіки.

Про ці типи поведінкової активності мова йшла у кореляції із даними за методикою мотивації досягнення/уникнення невдач. Де типу поведінкової активності А притаманна мотивація досягнення, а типу поведінкової активності Б – уникнення невдач. Попри те, що перший тип є більш конкурентоспроможним, поведінкова активність типу Б має більшу орієнтацію на енергозбереження, помірне використання ресурсу та збереження внутрішнього спокою.

Методика четверта. Тип емоційної реакції на вплив стимулу навколишнього середовища:

**Ейфорична активність** - перетворювальна формула, коли фактори, що впливають – негативні, позитивні та амбівалентні – переробляються найчастіше в позитивну енергію, і потім вона породжує відповідні позитивні стани або спрямовується зовні – на активні дії, на партнерів. Такий тип активності вважаємо позитивним для людини, спрямованим на збереження психічного здоров'я. Такий тип реакції притаманний 48% опитаних респондентів. За гендерним складом 60%- жінки, 40%- чоловіки.

**Рефрактерна активність** це тип реагування, коли емоційна система сприйняття пасує перед різними енергетичними впливами – позитивними, негативними та амбівалентними. При цьому вони «застряють» в особистості, залишаються у вигляді переживань неприємного осадку, роздумів, прихованого смутку, злості. Тому такий тип реагування відносимо **до групи ризику**. За підсумками опитування такий тип реагування притаманний 12% опитаних, серед яких 50% жінки, 50%- чоловіки.

При домінуванні **дисфоричного типу реагування** позитивні та негативні стимули зводяться до негативних переживань; емоційна система загалом налаштована на негативні стимули. Даний тип реагування також

відносимо до *групи ризику*. Серед опитаних превалуючий дисфоричний тип реагування мають 6% опитаних. Серед них 67%- жінки, 33%- чоловіки.

*Пасивне реагування* як енергозберігаючий стиль реагування притаманне 28% опитаних. За гендерним складом 61% жінки, 39% чоловіки. Такий стиль реагування вважаємо профілактичним відносно збереження психічного здоров'я та як наслідку соматичного. Якщо у відповідях найчастіше зустрічаються пасивні варіанти – це означає, що досліджуваний схильний реагувати на більшість явищ спокійно, не надаючи їм особливого значення. Це енергозберігаючий стиль поведінки, проте оточуючі можуть сприймати його як ознаку відстороненості, байдужості до того, що відбувається, «емоційного вигоряння».

Методика п'ята. Тест «формула темпераменту» (А. Белова). Темпераментні особливості можна пов'язати із типом поведінкової активності, у цьому випадку більше енергозберігаючим, а тому таким, що зберігає й психічне здоров'я особистості буде перевага флегматичного темпераменту, який у нашій виборці представлений 38, 2 % серед опитаних респондентів. Перевага ж холеричного темпераменту у тест-формулі визначення темпераменту у кореляції з типом поведінкової активності А є групою ризику серцево-судинних захворювань. Частка таких респондентів 12,8%, серед них 55% - жінки та 45% чоловіки.

Методика шоста. Методика визначення домінуючого стану Кулікова ДС-6. Групи ризику за даною методикою є ті досліджувані, які потрапили у такі категорії: пасивне ставлення (до життя) – 21% від опитаних, серед них 43%- жінки, 57% чоловіки; низький тонус – 21% - 56%- жінки, 44% - чоловіки; тривога притаманна 56% опитаних, 55 % - це жінки та 45% - чоловіки; незадоволення життям – 12%, 60 % - чоловіки та 40% - жінки. Негативний образ себе – 21%, 60%- жінки, 40%- чоловіки.

У противагу попереднім такі домінуючі стани, як активне ставлення до життя, високий тонус, спокійний стан, задоволення життям, позитивний образ

себе, стійкий емоційний тон є ознаками психічного здоров'я та прагнення до таких показників або їх збереження є дієвою профілактикою.

Методика сьома. Депресивні стани – безумовна група ризику. Оскільки депресія може привести до фатальних наслідків. Щодо результатів опитування, то ми не виявили серед досліджуваних високого рівня депресивних станів, однак при цьому присутній сегмент із середнім-високим рівнем депресивних станів, що становить 13% від загальної частки опитаних. За гендерним складом 62%-жінки; 38% - чоловіки.

### Висновок до розділу 3

Обраний діагностичний матеріал відповідає усім вимогам, які висуваються до психологічного інструментарію, а саме – надійність та валідність, а тому результати за обраними методиками можемо вважати достовірними. У рамках даного дослідження було застосоване анкетне опитування за сімома методиками діагностики, які дозволяють виявити трансформаційні процеси у психічному здоров'ї досліджуваних, а також психосоматичну його складову як специфічний набір реакцій, притаманний конкретній людині, та як типовий у певної категорії людей, які мають певний тип темпераменту, специфічним набором реакцій на вплив стимулу навколишнього середовища, типом поведінкової активності, мотивація до прагнення успіху або мотивація до уникнення невдач, рівнем стресу та депресивних станів.

Тож у ході дослідження нами було встановлено що висока ейфорична активність у респондентів корелювалася із низьким показником депресивних станів; пасивне реагування як тип емоційної реакції на вплив стимулу навколишнього середовища також корелюється із низькими показниками депресивних станів; дисфоричний тип регування на вплив стимулу навколишнього середовища корелюється із середнім високим показником рівня депресивних станів та високим рівнем стресу у опитаних респондентів. Високі показники активного ставлення, високі показники тону, високі показники спокою, високі показники стійкого емоційного тону, високі показники задоволеністю життям та високі показники позитивного образу себе корелюються із низьким рівнем депресивних станів. Потилежна попередній тенденція полягає у тому, що пасивний стан, низький тонус, тривога, нестійкий емоційний тон, незадоволення життям та негативний образ корелюються із високим середнім рівнем депресивних станів. Поведінкова активність типу А корелюється із превалюючим сангвінічним та холеричним типом темпераменту; зворотня (протилежна) тенденція полягає у тому, що поведінкова активність типу Б корелюються з превалюючим флегматичним

типом темпераменту. Тип поведінкової активності А має вищі показники у мотивації досягнення у порівнянні з типом поведінкової активності Б, де провідною тенденцією цього типу є уникнення невдач.

На основі опитування та кореляції окремих даних нами були виявлені групи ризику психічного та психосоматичного здоров'я:

1. Люди із поведінковою активністю типу А більшою мірою, ніж люди із поведінковою активністю типу Б схильні до серцево-судинних хвороб.

2. Люди, що мають високий рівень стресу.

3. Люди, що мають високі показники мотивації досягнення.

4. Люди, які мають високі показники дисфоричного та рефрактерного реагування.

5. Стосовно серцево - судинних хвороб - люди з перевагою холеричного темпераменту, порівняно, наприклад, з флегматичним типом темпераменту.

6. Люди у яких діагностовано пасивне ставлення до життя, низький тонус, тривога, незадоволення життям, негативний образ себе.

7. Люди із високими показниками депресивних станів.

У дослідженні брали участь особи різних статево-вікових груп, різних сфер діяльності, що дає нам можливість вважати подібну стихійну вибірку «сніговий ком» такою, що репрезентує сучасне українське суспільство з точки зору гендерно-вікових характеристик.

## ВИСНОВОК

Поняття «психічне здоров'я» дискусивне і неоднозначне, адже існують різні підходи до трактування поняття «психічне здоров'я».

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), психічне здоров'я – це «стан благополуччя, за якого людина усвідомлює свої власні здібності, може справлятися зі звичайними життєвими стресами, може продуктивно та плідно працювати та здатна зробити внесок у свою громаду» (World Health Organization. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)* Geneva: World Health Organization; 2004. [Google Scholar]). Але, треба зазначити, що стан благополуччя є вирішальною умовою психічного здоров'я. Існуючі умови та обставини, які відбуваються із людиною диктують відповідний та адекватний стан благополуччя/неблагополуччя, позитивні/негативні почуття – і перший, і другий варіант є нормою психічного здоров'я. Тому визначення ВООЗ працює і його використовують, але слід врахувати вищезазначені нюанси.

Виділяють три ключові компоненти психічного здоров'я: емоційне благополуччя, психологічне благополуччя та соціальне благополуччя.

При трактуванні поняття психічного здоров'я необхідно враховувати культурні та національні особливості, цінності, які притаманні тій чи іншій країні. Універсальне трактування психічного здоров'я, яке прагне максимального уникнення культурних особливостей, згідно з якою психічне здоров'я – це не просто відсутність психічних захворювань.

*Психічне здоров'я* – це динамічний стан внутрішньої рівноваги, який дозволяє індивідам використовувати свої здібності в гармонії з універсальними цінностями суспільства та гармонійний зв'язок між *тілом і розумом* є важливими компонентами психічного здоров'я.

Включення гармонійного зв'язку між тілом і розумом базується на концепції, згідно з якою *розум, мозок, організм і навколишнє середовище тісно взаємопов'язані*, і загальний досвід перебування у світі не можна відокремити від того, як тіло відчуває себе в навколишньому середовищі.

Теоретичні концепції психічного здоров'я особистості: історична ретроспектива (база для сучасних концепцій психічного здоров'я):

1. **Зигмунд Фрейд** основну увагу проблемі нездоров'я, патологічних змін особистості, акцентуючи увагу на тому, що воно є наслідком внутрішньоособистісних конфліктів, а всі порушення ціннісної та емоційної сфер – наслідки цього конфлікту (медична модель);

2. **Аналітична психологія К. Г. Юнга.** психічний розлад, стан, коли психіка (розум і тіло) намагається вирішити якусь проблему; усунення симптомів заважає зрозуміти причину хвороби. психіка намагається зцілити себе через цю хворобу (медична модель);

3. **Концепцію психічного здоров'я Альфреда Адлера** психічне здоров'я визначається рівнем соціального внеску, який є корисним для широкої спільноти, тією мірою, якою людина інтегрується та розвиває соціальний контекст, таким чином вимірюється його або психічне здоров'я. Індивід не розвивається ізольовано. Людина не ділиться на частини, а розглядається як неподільне ціле (холізм) (гуманістично-освітня модель);

4. **Гуманістична психологія.** А. Маслоу, К.Роджерс, В.Франкл. Люди можуть змінити свою поведінку на досягнення свого максимального потенціалу. Дисфункція виникає в результаті конфліктів усвідомлення або обмежень реальності (гуманістична модель);

5. **Гештальтизм.** Вертгеймер, **Ф. Перлз** Психічне здоров'я є надбання людиною необхідних їй гештальтів, які включали б усі грані функціонування мозку. Цілісність свідомості, принцип холізму.

6. Дж. Бродес Вотсон, Едвард Торндайк, Едвард Толмен, Кларк Голл. У **біхевіоризмі** психічне здоров'я – це підхід в психології, заснований на положенні про те, що поведінку можна науково досліджувати без звернення до внутрішніх психічних станів. Це форма матеріалізму, яка заперечує будь-яке незалежне значення для розуму.

7. **Український науковий простір** у вивченні питання психічного здоров'я представлений такими вченими: Л. М. Пріснякова, І.Д.Спіріна,

Л.М.Деркач, С.Д.Максименко, О.С.Чабан, І.Я. Коцан Г.В. Ложкін, О.В.Носков, О.І.Василевська, С.Б. Жарікова та ін.

Сучасні підходи до психічного здоров'я представлені такими основними напрямками: *соціогенетичний підхід* (комплексне дослідження психічного здоров'я людини), *системний підхід* (комплексний). феномен психічного здоров'я розглядають як цілісне утворення, яке складається із підсистем: психофізичної, морально-вольової, соціальної, *Крос- культурний науковий підхід* (виявляє культурну своєрідність, яка характеризує психологічне здоров'я в контексті різних культурно-історичних умов), *Феноменологічний підхід*. (Проблеми здоров'я і хвороби представниками цього підходу розглядаються як фундаментальні характеристики, прояви індивідуального, неповторного способу буття в світі), *еволюціоністський підхід* (Здоров'я як фундаментальна проблема пристосування людства до навколишнього середовища), *нормоцентричний підхід* (здоров'я це сукупність середньостатистичних норм сприйняття, мислення, емоційного реагування і поведінки у поєднанні з нормальними показниками соматичного стану індивіда), *акмеологічний підхід* (здорова особистість – зріла особистість), *холістичний підхід* (здоров'я як цілісність), *аксіологічний підхід* (здоров'я як універсальна цінність), *дискурсивний* (здоров'я як продукт певного дискурсу, що має власну внутрішню логіку конструювання), *теологічний підхід* (суть здоров'я – це цілісність людини в єдності і гармонії її духовного і тілесного устрою).

Виходячи із сучасних концептуальних підходів до психічного здоров'я можемо зробити висновок існування тісного зв'язку між здоров'ям душевним та тілесним. У цьому зв'язку **психосоматика** намагається виявити проблему, яка виникла у психіці людини та має прояв на її тілі та віднайти причини появи тілесних симптомів.

Психосоматичні захворювання можна розділити *на три основні форми*: перша – одночасно психічне і медичне захворювання; друга – психологічна проблему, яка є прямим наслідком захворювання або його лікування

(пр.: депресія внаслідок раку та його лікування), третя — соматоформні розлади (психічні розлади, які проявляються через фізичні проблеми).

У багатьох дослідженнях доведено, що фізична активність негативно пов'язана з депресією/тривожними розладами та поганим станом здоров'я [70]. Імовірно, має місце зворотній причинно-наслідковий зв'язок. Помірне споживання алкоголю позитивно впливає як на психічне, так і на фізичне здоров'я, [69]. Надмірне вживання алкоголю та утримання негативно впливають на стан здоров'я та передбачають погіршення фізичного та психічного здоров'я [72]. Виявлений сильний позитивний зв'язок між соціальною взаємодією та психічним здоров'ям (соціальний капітал), протилежна – соціальна ізоляція потенційно призводить до погіршення фізичного та психічного здоров'я.

Звертаючись до численних праць таких учених як Х.Ф.Данбар, Ф. Г. Александер, Г. Фрідмана та Р.Розенмана присвячених відмінному реагуванню людей на одні і ті самі зовнішні обставини, були виділені поведінкові типи А та Б. Де поведінковому типу А притаманні: виражене прагнення до досягнення успіхів, схильність до суперництва, нетерплячість, ворожість, швидкий темп промови, жвава манера жестикуляції. Поведінковому типу Б: мають низький рівень конкурентоспроможності, їх важко розчарувати, доброзичливі та легко знаходять компроміс з іншими, демонструючи низький рівень ворожості чи агресії.

Стосовно емпіричної частини дослідження, нами було обрано надійний інструментарій у кількості семи психологічних методик діагностики психічного здоров'я та його трансформації.

Ми умовно поділили дослідження на дві частини: **кількісний** (середнє значення) порохований відсоток тих респондентів, які мають найнижчі, найвищі та середні показники за усіма використаними методиками та **якісний** аналіз (психологічний інструментарій допоможе підтвердити/спростувати висунуті нами гіпотези) де на конкретних прикладах продемонстровано тенденцію до кореляції окремих показників двох і більше методик.

Кількісний аналіз допоміг виявити ту частину респондентів, які потенційно можуть бути у *групі ризику* (стосовно психічного здоров'я та психосоматичної його складової, як тілесного прояву хвороби); шляхом якісного аналізу було підтверджені усі гіпотези, окрім гіпотези другої, яка підтверджена частково.

8. Таким чином, на основі сукупного дослідження, а саме теоретичної та емпіричної його частин ми сформуваємо *потенційні групи ризику* щодо стану психічного та психосоматичного здоров'я. Тож, 16 % від усіх опитаних (вибірка у 100 людей) мають високу мотивацію до прагнення успіху (із них 63% чоловіки та 37% жінки) – ця група людей у тенденції кореляції показників поведінкової активності типу А підвищують у них ризик серцево-судинних хвороб більше, ніж у інших (протилежна тенденція – уникнення невдач та поведінкова активність типу Б). Високий рівень стресу мають 25% від загальної кількості опитаних респондентів (60% жінки та 40% чоловіки). Високі показники рівня стресу та його довго тривалість можуть привести до тяжких наслідків. Показники рефрактерної активності (тип реагування при якому енергетичні впливи залишаються всередині особистості у вигляді переживань неприємного осадку, роздумів, прихованого смутку, злості) притаманні 12% опитаних, серед яких 50% жінки, 50% чоловіки. Дисфоричний тип реагування притаманний 3% респондентів (67% жінки, 33% чоловіки). При такому типі реагування як позитивні, так негативні стимули зводяться до негативних переживань, а емоційна система загалом налаштована на негативні стимули. Темпераментні особливості пов'язані із типом поведінкової активності, так перевага холеричного типу темпераменту над іншими у поєднанні із поведінковою активністю типу А та високою мотивацією у досягненні успіху підвищує ризик серцево-судинних хвороб, та високого рівня стресу, порівняно із перевагою інших типів темпераменту, поведінковою активністю типу Б та уникненням невдач. Серед опитаних респондентів перевага холеричного типу темпераменту притаманна 12,8% опитаних респондентів, серед них 55% жінки та 45% чоловіки. Методика визначення

домінуючого стану Кулікова ДС-6 допомогла визначити групи ризику, а саме тих респондентів, які отримали високі бали за показниками пасивне ставлення (до життя) – 21% від опитаних, серед них 43% жінки, 57% чоловіки; низький тонус – 21%, 56% жінки, 44% чоловіки; тривога притаманна 56% опитаних, 55% це жінки та 45% чоловіки; незадоволення життям – 12%, 60% чоловіки та 40% жінки. Негативний образ себе – 21%, 60%- жінки, 40%- чоловіки. Середній-високий бал у опитуванні щодо депресивних станів (Методика диференціальної діагностики депресивних станів В.А.Жмурова) отримали 13% серед усіх опитаних респондентів, які автоматично потрапляють до потенційної групи ризику щодо підвищення рівня депресивних станів.

Проведені методики не є медичним висновком, це психологічні методики, які допомагають виявити стан досліджуваного на момент опитування, за інших умов та настрою досліджуваного показники можуть змінюватись.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аймедов К.В., Бабієнко В.В., Горищак С.П., Асєєва Ю.О. Модель мультидисциплінарної допомоги особам які переживають наслідки неврологічного захворювання / ISSN 1019-5297. // DOI 10.31640/JVD.7-8.2018(20) / Журнал «Лікарська справа». 2018, № 7–8., С. 119-129.
2. Андрос М.Є. Психічне здоров'я особистості: психологічне консультування керівників шкіл, Освіта і управління. – Том 2. – 1998. № 2. – С. 64.
3. Барко В. І. Концептуальні засади професійно-психологічного тренінгу «Збереження психологічного здоров'я поліцейських національної поліції України», Право і Безпека. – 2016. – № 4. – С. 104–109.
4. Борисенко А. А., Философия здоровья. Сумы, Украина: ИТД «Университетская книга», 2005, 144 с.
5. Василевська О.І. Психічне здоров'я особистості. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. –2016. – Вип. 3(2). – С. 7–11. URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/4937/VAsylevska.pdf?sequence=1>(дата звернення: 30.12.2022);
6. Вісник післядипломної освіти. Випуск 9(38) «Серія «Соціальні та поведінкові науки» <https://doi.org/10.32405/2522-9931> 67;
7. Волошин П.В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди, Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 1. – С. 5–11.
8. Галецька І.І. Психологічне здоров'я як проблема національної безпеки, Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна, 2012. – Вип. 2(1). – С. 49–58.
9. Голотовская Наталья Петровна. URL: <https://www.vital-expert.com.ua/doctors/golotovskaya-natalya/>.

10. Деркач Л.М., Кузнецова О. М. Вплив характерологічних особливостей особистості на її рівень психологічного благополуччя, Міжнародний науковий журнал «ВІСНИК НАУКИ» Випуск № 36, Грудень 2021 р. URL: <https://academconf.com/archiv/journal-36.pdf> (дата звернення: 31.12.2022);
11. Друзь О.В., Аймедов К.В., Луньов В.Є., Черненко І.О. Психосоматичні та соматопсихічні розлади в практиці медичного психолога / Монографія. – Одеса, Прес-кур'єр, 2016. – 376 с.
12. Кабинет доктора Лисиченко URL:[https://lisichenko.dp.ua/specialist/lisichenko\\_zoya\\_aleksandrovna.htm](https://lisichenko.dp.ua/specialist/lisichenko_zoya_aleksandrovna.htm);
13. Когнітивна наука: навч. посібник. / Деркач Л.М., Шевяков О.В., Бурлакова, І.А., Братчікова, Ю.К., Соловійова Д.В., Мельничук Д.П. — Київ: Видавничий дім «Кондор», 2020. — 320 с.
14. Корольчук О.Л. Охорона психічного здоров'я в умовах ведення АТО, Інвестиції: практика та досвід. – 2016. – № 18. – С. 96–102;
15. Коцан І.Я, Г.В. Ложкін, М.І. Мушкевич, Психологія здоров'я людини, Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. – 430 с. URL: <https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/25834/1/psihologiazdorovia.pdf> (дата звернення: 30.12.2022);
16. Кречмер Э. Строение тела и характера. Пер. с нем. М.: Эксмо, 2003. – 416 с;
17. Лефтеров В.О. Проблема психологічного здоров'я в контексті сучасних інтеграційних процесів. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві. Збірник тез III Всеукраїнської науково-практичної конференції. 2018. С. 233 – 238.
18. Лісовенко А.Ф., Медична психологія, методичні рекомендації, Одеса, Фенікс 2020. URL: <http://dspace.onua.edu.ua/bitstream/handle/11300/14655/%D0%9B%D1%96%D1%81%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE%20%D0%90.%20%D0%A4.%20%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0>

[%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F.pdf?sequence=3&isAllowed=y;](#)

19. Максименко, С., Максименко, К. (2019). Психологічне здоров'я та його порушення. Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології», №18.

20. Маркова М., Яворська Т. Роль стресового ризику у розвитку та перебігу цереброваскулярної патології, URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/146>.

21. Маслоу А. Мотивация и личность «Питер», 2014, Мастера психологии (Питер) URL: [https://emirsaba.org/pars\\_docs/refs/18/17891/17891.pdf](https://emirsaba.org/pars_docs/refs/18/17891/17891.pdf) ;

22. Медичний центр «Альтимед» URL: <https://www.altimed.net/uk/contact/>.

23. Потапчук Є.М. Теорія та практика збереження психічного здоров'я військовослужбовців: монографія, Хмельницький, 2004, 322 с. URL: <http://elar.khmnu.edu.ua/jspui/handle/123456789/1214>;

24. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара: Издательский дом «Бахрам-м», 2009. – 672 с.

25. Пріснякова Л.М., Агапова І.М., Можливості математичного моделювання психологічних процесів с.30 – 34, Norwegian Journal of development of the International Science No 94/2022, URL: [file:///C:/Users/DELL/Downloads/mozhливosti-matematichnogo-modelyuvannya-psihologichnih-protsesiv%20](file:///C:/Users/DELL/Downloads/mozhливosti-matematichnogo-modelyuvannya-psihologichnih-protsesiv%20;);

26. Пріснякова Л.М., Карасьова А. Modern directions of scientific research development. Proceedings of VII International Scientific and Practical Conference Chicago, USA 22 – 24 December 2021, Вікові та статеві особливості копінг поведінки в стресових ситуаціях.с.467 – 473, URL: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/MODERN-DIRECTIONS-OF-SCIENTIFIC-RESEARCH-DEVELOPMENT-22-24.12.21.pdf> ;

27. Прошукало І. Л. Вісник післядипломної освіти. Випуск 9(38) Серія «Соціальні та поведінкові науки»;

28. Психолог психотерапевт Жур Юлія  
[URL:http://upsihologa.dp.ua/praktika/?gclid=CjwKCAjwk6-LBhBZEiwAOUUDp8wT\\_x0Dpc6T1ffcMyrQPmDVvQ](http://upsihologa.dp.ua/praktika/?gclid=CjwKCAjwk6-LBhBZEiwAOUUDp8wT_x0Dpc6T1ffcMyrQPmDVvQ) .
29. Психологічний центр «Без паніки» URL:<https://trevog-bolshe.net/uk/kontakty> .
30. Психосоматична медицина та загальна практика. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/about>.
31. Психотерапевт психіатр Днепр. Психотерапевт психіатр Шулик Алексей Николаевич URL:<http://psycholog.dp.ua/psixosomatika-simptomylechenie/>.
32. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека, 1994. URL: <http://psylib.org.ua/books/roger01/index.htm> (дата звернення: 30.12.2022);
33. Саржевський С., Хломіцький М.. Непсихотичні розлади у хворих на артеріальну гіпертензію URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/158>.
34. Світлична Н.О.Соціально-психологічні чинники збереження психологічного здоров'я працівниківМНС :автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: 19.00.09 / Н.О. Світлична. – Національний університет цивільного захисту України. – Х., 2013. – 18 с.
35. Словник основних понять з дисципліни «Психосоматика» URL: <https://msn.khnu.km.ua/mod/resource/view.php?id=105513>.
36. Сорока О.М. Особливості прогнозування внутрішніх ліній психічного здоров'я особистості, Психологія особистості, Вип.19, 2020. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2020/19-2020/35.pdf>;
37. Спіріна І. Д., Ю. М. Шевченко, А. В. Шорніков, Соціально-демографічні фактори ризику розвитку психогенних тривожно-депресивних розладів у хворих на панкреатит, Scientific Journal «ScienceRise: Medical Science» № 1 (28) 2019, URL: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/Socio-demographic risk factors for the psychogenic.pdf>;

38. Спіріна І.Д. Психіатричні та психологічні аспекти судово-медичної експертизи: навч. посібник для студ. вищих мед. навч. закл. III-IV рівнів акредитації / І. Д. Спіріна [та ін.] ; заг. ред. І. Д. Спіріна, І. С. Вітенко ; Дніпропетровська держ. медична академія. Кафедра психіатрії, загальної та медичної психології. - 2. вид., перероб. і доп. - Д. : Арт-Прес, 2002. - 348 с. - Бібліогр.: с. 337-338.

39. Терещук Е.И. Единство души и тела // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2012. – № 1. – С. 147-153.

40. Тітаренко С.А. Збереження психічного здоров'я вихователя дошкільного навчального закладу як умова ефективності професійної діяльності / С.А. Тітаренко // Вісник Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка. Сер. : Педагогічні науки. –2016. – Вип. 30. – С. 175–182.

41. Фомич М.В., Теоретичні концепції психічного здоров'я особистості в психологічній науці, Вісник Національного університету оборони України 1 (49) 2018, URL: <http://visnyk.nuou.org.ua/article/view/197195/197347> ;

42. Франкл В. Воля к смыслу, пер. с англ., Альпина-нон-фикшн, 2018, 228 с. URL: [http://loveread.ec/read\\_book.php?id=74210&p=1](http://loveread.ec/read_book.php?id=74210&p=1);

43. Фромм Э. Человек для себя. Астрель, 2012, 320 с. URL: [http://loveread.ec/view\\_global.php?id=46882](http://loveread.ec/view_global.php?id=46882);

44. Центр відновлювальної та психосоматичної медицини URL:<https://recovery.clinic/lechenie-psihsomaticheskikh-zabolevaniy> .

45. Центр Психосоматики (працює у режимі онлайн) URL: [https://www.eot.in.ua/?gclid=CjwKCAjwk6LBhBZEiwAOUUDp5mMkN6Kj1lqkqPZ6ZsoZIoLBYKWFuVBeQkbfZOjk5qPwNungWQhzRoCZfwQAvD\\_BwE](https://www.eot.in.ua/?gclid=CjwKCAjwk6LBhBZEiwAOUUDp5mMkN6Kj1lqkqPZ6ZsoZIoLBYKWFuVBeQkbfZOjk5qPwNungWQhzRoCZfwQAvD_BwE) .

46. Центр психосоматичної патології при Дніпровській клінічній лікарні імені Мечникова URL: <http://ww>.

47. Центр психотерапії та психосоматичних розладів КЛ «Феофанія» URL: <https://feofaniya.org/contact/> .

48. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція. Навчальний посібник. Київ, 2005. – 656 с.
49. Adler, A. (1958). What life should mean to you. New York: G. P. Putnam's Sons URL: <https://familycounseling.files.wordpress.com/2018/10/what-life-should-mean-to-you-adler.pdf> (дата звернення: 30.12.2022);
50. Adler, A. (1969). The Science of Living. Garden City, NY: Anchor Books. URL: <https://www.biblio.com/the-science-of-living-by-adler-alfred/work/139115>;
51. Ansbacher, H. L., & Ansbacher, R. R. (1956). The individual psychology of Dreikurs, R. (1953). Fundamentals of Adlerian Psychology. Chicago, IL: Alfred Adler Institute. URL: [https://www.academia.edu/19020143/Adlers\\_Individual\\_Psychology\\_The\\_Original\\_Positive\\_Psychology](https://www.academia.edu/19020143/Adlers_Individual_Psychology_The_Original_Positive_Psychology) ;
52. Araragi N, Lesch K. Serotonin (5-HT) in the regulation of depression-related emotionality: insight from 5-HT transporter and tryptophan hydroxylase-2 knockout mouse models. Curr Drug Targ., 2013. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23547810/>;
53. Artero S, Touchon J, Ritchie K. Disability and mild cognitive impairment: a longitudinal population-based study. Int J Geriatr Psychiatry. 2001, URL: [https://www.researchgate.net/publication/11609671\\_Disability\\_and\\_mild\\_cognitive\\_impairment\\_A\\_longitudinal\\_population-based\\_study](https://www.researchgate.net/publication/11609671_Disability_and_mild_cognitive_impairment_A_longitudinal_population-based_study) ;
54. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. Behav Ther, 2004 URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789404800364?via%3DIhub> ;
55. Bothwell Rob, Cognitive behavior therapy for psychosomatic disorders, CME – March 2003 Vol. 21 №. 3, p.145, URL: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/43884-Article%20Text-41884-1-10-20090701.pdf>;

56. Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, et al. Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders, *Emotion*, 2006. URL:[https://www.academia.edu/24916832/Acceptability\\_and\\_Suppression\\_of\\_Negative\\_Emotion\\_in\\_Anxiety\\_and\\_Mood\\_Disorder](https://www.academia.edu/24916832/Acceptability_and_Suppression_of_Negative_Emotion_in_Anxiety_and_Mood_Disorder);

57. *Cognitive-Behavior Therapy for Severe Mental Illness: An Illustrated Guide*, by Jesse Wright, M.D., Ph.D., Douglas Turkington, M.D., David G. Kingdon, M.D., and Monica Ramirez Basco, Ph.D. Washington, D.C. American Psychiatric Publishing, 2009, 354 pp, URL: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9781615370894>;

58. Consoli S.M. Stress and the cardiovascular system // *Encephale*. 1993. V. 19. № 1. P. 163-170.

59. Contoyannis, P., Jones, A.M., Rice, N., 2004. The dynamics of health in the British household panel survey. *J. Appl. Econ.* 19 (4), 473–503. URL: <https://pages.stern.nyu.edu/~wgreene/Lugano2013/Jones-et-al-HealthSatisfaction.pdf>;

60. Contoyannis, P., Li, J., 2011. The evolution of health outcomes from childhood to adolescence. *J. Health Econ.* 30 (1), 11–32. URL:<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167629610001384> ;

61. Contoyannis, P., Rice, N., 2001. The impact of health on wages: evidence from the British Household Panel Survey. *Empir. Econ.* 26 (4), 599–622. URL: [https://www.academia.edu/52274656/The\\_impact\\_of\\_health\\_on\\_wages\\_Evidence\\_from\\_the\\_British\\_Household\\_Panel\\_Survey](https://www.academia.edu/52274656/The_impact_of_health_on_wages_Evidence_from_the_British_Household_Panel_Survey);

62. Decety J, Smith KE, Norman GJ, et al. A social neuroscience perspective on clinical empathy. *World Psychiatry*, 2014 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4219055/> ;

63. Deci EL, Ryan RM. Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *J Happiness Stud.* 2008, URL: [http://www.preptheday.com/uploads/1/2/0/0/120050120/hedonia\\_eudaimonia\\_and\\_well-being.pdf](http://www.preptheday.com/uploads/1/2/0/0/120050120/hedonia_eudaimonia_and_well-being.pdf) ;

64. Diener E. Subjective well-being: three decades of progress, Psychol Bull, 1999. №125. URL: <http://media.rickhanson.net/Papers/SubjectiveWell-BeingDiener.pdf> ;

65. Elliott, L., and Atkinson, D. (2011) The Gods that failed. How the financial elite gambled away our futures. Vintage. London. URL: [https://books.google.bi/books?id=cwT07JJ48k8C&pg=PP8&lr=&hl=fr&source=gb\\_s\\_selected\\_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false](https://books.google.bi/books?id=cwT07JJ48k8C&pg=PP8&lr=&hl=fr&source=gb_s_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false);

66. Forbes, D., Forbes, S., Morgan, D.G., Markle-Reid, M., Wood, J., Culum, I., 2008. Physical activity programs for persons with dementia. Cochrane Database Syst. Rev. 16 (3). URL: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/bf853847-aec8-47a9-aab1-01e6cd69bcd6.pdf>.

67. Friedman M. & Rosenman R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. Journal of the American Medical Association.) // J. Amer. Med. Ass. 1959. Vol. 169. P. 26–42

68. Friedman, M. The key cause — typo A behavior pattern/ M.Friedman,R.Rosenman// Stress and coping. - New York.: Columbia Univ. press, 1977.

69. Frisher, M., Mendonça, M., Shelton, N., 2015. Is alcohol consumption in older adults associated with poor self-rated health? Cross-sectional and longitudinal analyses from the English Longitudinal Study of Ageing. BMC Public Health 15 (703), 703. Galama, T.J., van Kippersluis, H., 2013. Health inequalities through the lens of health capital theory: issues, solutions, and future directions. Res. Econ. Inequal. 21, 263–284. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4513636/>

70. Fromm E. (1955), The Sane Society. Routledge Classics. Routledge. London. URL: <https://historicalunderbelly.files.wordpress.com/2012/12/erich-fromm-the-sane-society.pdf> ;

71. Fuchs T, Schlimme JE. Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective. Curr Opin Psychiatry, 2009; URL: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/188034be12926c97.pdf> (дата зверне;

72. Gerber, M. More Than a Simple Pastime? The Potential of Physical Activity to Moderate the Relationship Between Occupational Stress and Burnout Symptoms, *International Journal of Stress Management*, 2020, Vol. 27, No. 1, 53– 64  
URL: [https://www.vivamind.eu/wp-content/uploads/2022/07/Gerber\\_etal\\_2020\\_IJSM\\_PhysicalFitness\\_EffortRewardImbalance1.pdf](https://www.vivamind.eu/wp-content/uploads/2022/07/Gerber_etal_2020_IJSM_PhysicalFitness_EffortRewardImbalance1.pdf) ;
73. Gigi K, Werbeloff N, Goldberg S, et al. Borderline intellectual functioning is associated with poor social functioning, increased rates of psychiatric diagnosis and drug use – A cross sectional population based study. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014, URL: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/children-09-01847.pdf>;
74. Gross JJ, Muñoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clin Psychol Sci Pract*. 1995. URL: [https://www.academia.edu/13180252/Emotion\\_Regulation\\_and\\_Mental\\_Health](https://www.academia.edu/13180252/Emotion_Regulation_and_Mental_Health);
75. Heinz A, Kluge U. Anthropological and evolutionary concepts of mental disorders. *J Speculative Philosophy*, 2011 URL: [https://www.researchgate.net/publication/236763232\\_Anthropological\\_and\\_Evolutionary\\_Concepts\\_of\\_Mental\\_Disorders](https://www.researchgate.net/publication/236763232_Anthropological_and_Evolutionary_Concepts_of_Mental_Disorders) ;
76. Helmers KF, Mente A. Alexithymia and health behaviors in healthy male volunteers. *J Psychosom Res*, 1999 URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399999000677> ;
77. International Journal of Scientific Research in Science, Engineering and Technology (ijsrset.com) Comparative Analytical Study of Teachers' Personality Type (A and B) to Study the Consequences of Ostracism Shumaila Naz\* 1 , Prof. Dr. Cai Li2 , Shabnam Khan3 , Hira Salah ud din Khan4, 2017 IJSRSET, Volume 3, Issue 5 Themed Section: Engineering and Technology C.488 – 502
78. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. New York: Basic Books; 1958 URL: <https://ia800302.us.archive.org/9/items/currentconceptso00jaho/currentconceptso00jaho.pdf> ;

79. Kauhanen J, Kaplan GA, Cohen RD, et al. Alexithymia and risk of death in middle-aged men. *J Psychosom Res*, 1996 URL: <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/55341/Kauhanen%20J%2C%20Alexithymia%20and%20risk%20of%20death%2C%201996.pdf?seq;>
80. Kennedy SE, Koeppe RA, Young EA, et al. Dysregulation of endogenous opioid emotion regulation circuitry in major depression in women. *Arch Gen Psychiatry*, 2006, 63. URL: [file:///C:/Users/DELL/Downloads/yoa60006\\_1199\\_1208.pdf](file:///C:/Users/DELL/Downloads/yoa60006_1199_1208.pdf) ;
81. Keyes C. Mental health in adolescence: is America's youth flourishing, *Orthopsychiatry*, 2006. URL:[https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntv-nsjt1aadkposzje\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=1753910](https://www.scirp.org/(S(351jmbntv-nsjt1aadkposzje))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=1753910);
82. Keyes CLM. Mental health as a complete state: how the salutogenic perspective completes the picture. In: Bauer GF, Hämmig O, editors. *Bridging occupational, organizational and public health*. Dordrecht: Springer; 2014. pp. 179–92. URL:[https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntv-nsjt1aadkposzje\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=1753910](https://www.scirp.org/(S(351jmbntv-nsjt1aadkposzje))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=1753910) ;
83. Klanker M, Feenstra M, Denys D. Dopaminergic control of cognitive flexibility in humans and animals. *Front Neurosci*, 2013, URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3817373/> ;
84. Kramer, G., Bernstein, D. & Phares, V. (2014). *Introduction to Clinical Psychology* (8<sup>th</sup> ed.). Pearson Education. URL: [https://www.ius.edu.ba/sites/default/files/users/files/user2743/book\\_timothy\\_j.\\_trull\\_mitch\\_prinstein\\_-\\_clinical\\_psychology-wadsworth\\_publishing\\_2012.pdf](https://www.ius.edu.ba/sites/default/files/users/files/user2743/book_timothy_j._trull_mitch_prinstein_-_clinical_psychology-wadsworth_publishing_2012.pdf) URL: Greene, R. R. (2017). *Human behavior theory and social work practice* (3rd ed.). Routledge. URL: [https://books.google.com.ua/books?hl=uk&lr=&id=pqw0DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP11&dq=34.%09Greene,+R.+R.+\(2017\).+Human+behavior+theory+and+social+work+practice+\(3rd+ed.\).+Routledge.&ots=y3ZUoMs\\_NV&sig=WS20JbiP9LraQJ8SOp9dZhOhFjw&redir\\_esc=y#v=onepage&q=34.%09Greene%2C%20R.%20R.%20\(](https://books.google.com.ua/books?hl=uk&lr=&id=pqw0DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP11&dq=34.%09Greene,+R.+R.+(2017).+Human+behavior+theory+and+social+work+practice+(3rd+ed.).+Routledge.&ots=y3ZUoMs_NV&sig=WS20JbiP9LraQJ8SOp9dZhOhFjw&redir_esc=y#v=onepage&q=34.%09Greene%2C%20R.%20R.%20()

[2017\).%20Human%20behavior%20theory%20and%20social%20work%20practice%20\(3rd%20ed.\).%20Routledge.&f=false](#) ;

85. Kubzansky L.D., Davidson K.W., Rozanski A. The Clinical Impact of Negative Psychological States: Expanding the Spectrum of Risk for Coronary Artery Disease // Psychosomatic. Med. 2005. V. 67. P. 10-14.

86. Lamers S. Evaluating the psychometric properties of the Mental Health, Continuum-Short Form, Clin Psychol., 2011. №67. URL:[https://ris.utwente.nl/ws/portalfiles/portal/6666977/Lamers\\_et\\_al\\_2011.pdf](https://ris.utwente.nl/ws/portalfiles/portal/6666977/Lamers_et_al_2011.pdf)(дата звернення: 30.12.2022)

87. M. Jahoda, Current concepts of positive mental health. New York, USA: Basic Books, 1958, 321 p. URL: <https://ia800302.us.archive.org/9/items/currentconceptso00jaho/currentconceptso00jaho.pdf> ;

88. Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E., Zhao, J., 2013. Poverty impedes cognitive function. Science 341 (6149), 976–980. URL:[https://scholar.harvard.edu/files/sendhil/files/976.full\\_.pdf](https://scholar.harvard.edu/files/sendhil/files/976.full_.pdf) ;

89. McCarthy CJ, Lambert RG, Moller NP. Preventive resources and emotion regulation expectancies as mediators between attachment and college students' stress outcomes, Int J Stress Manag, 2006 URL: <https://www.semanticscholar.org/paper/Preventive-resources-and-emotion-regulation-as-and-Mccarthy-Lambert/bd43479863edd8c3a63b627a2f9ed688ce79c68e> ;

90. McLeod, S. A. (2010). What is the stress response. Simply Psychology. URL:<https://www.simplypsychology.org/stress-biology.html> .

91. Moritz DJ, Kasl SV, Berkman LF. Cognitive functioning and the incidence of limitations in activities of daily living in an elderly community sample. Am J Epidemiol, 1995, URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03337716>;

92. Murphy HBM. The meaning of symptom check-list scores in mental health surveys: a testing of multiple hypotheses. Soc Sci Med. 1978; URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8988192/>

93. Murphy, D., & Joseph, S, 2016. Person-centered therapy: Past, present, and future orientations. In D. J. Cain, K. Keenan, & S. Rubin (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 185–218). American Psychological Association. URL: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/manuscriptwithtitlepageEPRINT.docx.pdf> ;
94. Proctor, C., Tweed, R., & Morris, D, 2016. [The Rogierian fully functioning person: A positive psychology perspective](https://www.researchgate.net/publication/283174711_The_Rogierian_Fully_Functioning_Person_A_Positive_Psychology_Perspective). *Journal of Humanistic Psychology* URL: [https://www.researchgate.net/publication/283174711\\_The\\_Rogierian\\_Fully\\_Functioning\\_Person\\_A\\_Positive\\_Psychology\\_Perspective](https://www.researchgate.net/publication/283174711_The_Rogierian_Fully_Functioning_Person_A_Positive_Psychology_Perspective) ;
95. Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G.L., Graham, K., Irving, H., Kehoe, T., 2010. The relationship between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease—an overview. *Addiction* 105 (5), 817–843. URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3306013/>
96. Schwartz D, Proctor LJ. Community violence exposure and children’s social adjustment in the school peer group: the mediating roles of emotion regulation and social cognition. *J Consult Clin Psychol*, 2000 URL: <https://psycnet.apa.org/record/2000-05084-015> ;
97. Slade M, Amering M, Farkas M, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 2014, URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3918008/> ;
98. Stampfer, M.J., Kang, J.H., Chen, J., Cherry, R., Grodstein, F., 2005. Effects of moderate alcohol consumption on cognitive function in women. *N. Engl. J. Med.* 352 (3), 245–253. URL:<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa041152>;
99. Steptoe, A., Shanker, A., Demakakos, P., Wardle, J., 2012. Social isolation, loneliness and all-cause mortality in older men and women. URL: <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.1219686110>.
100. U.S. Department of Health and Human Services. *Mental health: a report of the Surgeon General*. Rockville: U.S. Public Health Service; 1999. URL:

[https://www.kingsfund.org.uk/publications/quality-improvement-mental-health?gclid=Cj0KQCQiAtbqdBhDvARIsAGYnXBOg\\_ul0kQ36NRwsgENSXEb6WEiEsyEEYT\\_ItMvL7fny-D97OzOJADEaAi1XEALw\\_wcB](https://www.kingsfund.org.uk/publications/quality-improvement-mental-health?gclid=Cj0KQCQiAtbqdBhDvARIsAGYnXBOg_ul0kQ36NRwsgENSXEb6WEiEsyEEYT_ItMvL7fny-D97OzOJADEaAi1XEALw_wcB) ;

101. Vaillant GE. Positive mental health: is there a cross-cultural definition? World Psychiatry. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3363378/> ;

102. Valeo. Медична клініка у Миколаєві, яка надає повний спектр медичних послуг, у тому числі лікування психосоматичних розладів. URL: <https://valeo.ua/ua/contacts/>.

103. Warren EJ, Grek A, Conn D, et al. A correlation between cognitive performance and daily functioning in elderly people. J Geriatr Psychiatry Neurol, 1989, 96–100. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2775443/> ;

104. Waterman A. S. Two conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment, J Pers Soc Psychol, 1993. URL:[https://www.academia.edu/3358734/Two\\_Conceptions\\_of\\_Happiness\\_Contrasts\\_of\\_Personal\\_Expressiveness\\_Eudaimonia\\_and\\_Hedonic\\_Enjoyment](https://www.academia.edu/3358734/Two_Conceptions_of_Happiness_Contrasts_of_Personal_Expressiveness_Eudaimonia_and_Hedonic_Enjoyment);

105. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report) Geneva: World Health Organization; 2004 URL:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42940/9241591595.pdf> ;