

Міністерство освіти і науки України  
Сумський державний університет  
Факультет іноземної філології та соціальних комунікацій  
Кафедра психології, політології та соціокультурних технологій

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ  
Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_ Світайло Н.Д.  
(підпис) (прізвище та ініціали)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.

### КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

здобувача ступеня бакалавра психології

\_\_\_\_\_ Хамаганов Дмитро Миколайович  
(прізвище, ім'я, по батькові)

за темою Особливості тривожності у студентів з різними  
психосоматичними розладами

(галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»,  
спеціальність 053 «Психологія»)

Науковий керівник  
старший викладач  
(науковий ступінь, посада, вчене звання)  
\_\_\_\_\_ Павленко В. П.  
(підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.

### Підсумкова оцінка:

Національна шкала \_\_\_\_\_  
Кількість балів ECTS \_\_\_\_\_

Члени комісії \_\_\_\_\_  
(підпис) (прізвище та ініціали)

Члени комісії \_\_\_\_\_  
(підпис) (прізвище та ініціали)

Члени комісії \_\_\_\_\_  
(підпис) (прізвище та ініціали)

The main task of this work is to identify and study the relationship between students' complaints about poor health and their level of anxiety, both personal and situational. The next stage will be the development of a psychocorrection program aimed at correcting anxiety conditions that affect the occurrence and manifestation of psychosomatic disorders of the gastrointestinal tract, cardiovascular system, musculoskeletal system and physical exhaustion among students using Gestalt therapy methods. Research on this topic should help to more effectively and accurately correct the state of anxiety among students and, thereby, reduce the intensity of manifestations of psychosomatic disorders associated with anxiety.

The influence of this condition on the physical well-being of a person has previously been considered by outstanding researchers in the field of psychology, such as Z. Freud, K. Horney, A. M. Prichozhan, etc., but despite a fairly long and lengthy path of studying this issue, the topic still remains open and has a huge potential for further research.

## ЗМІСТ:

Вступ.....	4
Розділ 1. Теоретичні засади вивчення психосоматичних розладів та тривожних станів особистості .....	7
1.1 Проблема психосоматичних розладів у психологічній науці.....	7
1.2 Класифікація та види психосоматичних розладів.....	12
1.3 Психологічні особливості тривожності та тривожних станів особистості.....	15
1.4 Прояви тривожності та тривожних станів у студентів закладу вищої освіти.....	18
Висновки до першого розділу.....	21
Розділ 2. Емпіричне дослідження взаємозв'язку психосоматичних розладів та рівня тривожності у студентів закладу вищої освіти.....	22
2.1 Процедура та методи дослідження, психодіагностика соматичних скарг та психосоматичних розладів у студентів закладу вищої освіти .....	22
2.2 Психодіагностика особистісної та ситуативної тривожності у студентів закладу вищої освіти.....	27
2.3 Аналіз взаємозв'язку рівня особистісної і ситуативної тривожності та психосоматичних розладів у студентів закладу вищої освіти .....	30
Висновки до другого розділу.....	36
Розділ 3. Корекція тривожних станів як фактору зменшення інтенсивності психосоматичних розладів у студентів закладу вищої освіти.....	37
3.1 Методи гештальт-терапії як засіб психокорекції тривожних станів та психосоматичних розладів студентів.....	37
3.2 Програма корекції тривожних станів та психосоматичних розладів студентів.....	40
Висновки до третього розділу.....	51
ВИСНОВКИ.....	52
Список літератури.....	5

## Вступ

Вступивши в XXI століття, людство увійшло в нову епоху, зумовлену стрімким розвитком науково-технічного прогресу, темпи зростання якого прискорювалися з кожним роком. Цей процес супроводжується комп'ютеризацією, індустріалізацією, урбанізацією, прискоренням та видозміненням образу життя людини. З одного боку, ми можемо стверджувати, що всі ці фактори пішли на користь людям та людству в цілому, полегшуючи та значно покращуючи загальний рівень життя. Однак, з іншого боку не можна заперечувати, що дані процеси призвели до таких проблем як зміна біологічного ритму, погіршення екологічного стану планети, переоцінка життєвих цінностей та видозмінення моральних норм, тощо.

Кожного дня, знаходячись на вулиці, на роботі, вдома, на навчанні – будь де людина переживає безліч стресових ситуацій, які сприяють розвитку перенапруження, емоційного вигорання та тривожності. Тривожність стає одним з невід'ємних попутників людини, з часом вчиняючи все більше шкоди психологічному стану. Значною мірою це стосується і студентів, які постійно потрапляють в стресові ситуації, чи будь вони пов'язані з навчанням, з роботою, з друзями, батьками, коханням, тощо.

На перших курсах студент потрапляє у ситуацію зміни оточення, випускаючись зі школи та потрапляючи в нове становище, з іншими правилами та іншими людьми. Перший час юнак докладает зусиль для того, що звикнути до нових умов. На останніх же курсах, студент потрапляє в ситуацію, коли йому потрібно виконати купу завдань, починаючи від дипломної роботи та закінчуючи екзаменами. Постійна емоційна напруга не може залишатися без відповіді, тож з часом надмірна тривожність може перетворитися на погане фізичне самопочуття, проблеми зі шлунком, із серцем, зі спиною, тощо.

Вплив тривожності на фізичне самопочуття людини є давнім предметом психологічних досліджень. Вивченням цього питання займалися відомі науковці, такі як З. Фрейд, К. Хорні, А. М. Прихожан та інші. Однак, незважаючи на це, дане питання й досі залишається не дослідженим до кінця і має великий простір та потенціал для подальшої розробки.

**Метою** даної роботи є дослідження взаємозв'язку тривожності та психосоматичних розладів у студентів закладу вищої освіти та розробка програми психокорекції тривожних станів, які впливають на прояви психосоматичних розладів.

**Об'єктом** даної роботи є фактори виникнення психосоматичних розладів у студентів закладу вищої освіти

**Предметом** роботи є взаємозв'язок тривожності та психосоматичних розладів у студентів закладу вищої освіти.

**Гіпотезою** даної роботи є наступне: 1) тривожність та психосоматичні розлади у студентів закладу вищої освіти мають позитивну кореляцію; 2) психологічна корекція особистісної та ситуативної тривожності у студентів закладу вищої освіти буде призводити до зменшення інтенсивності психосоматичних розладів.

**Завдання дослідження:**

- 1) розглянути поняття психосоматичного розладу у психологічній науці;
- 2) виявити психологічні особливості тривожності та тривожних станів особистості;
- 3) провести емпіричне дослідження взаємозв'язку рівня тривожності та психосоматичних розладів у студентів закладу вищої освіти;
- 4) розробити програму корекції тривожних станів та психосоматичних розладів у студентів закладу вищої освіти.

**Методи дослідження:**

Організаційні: порівняльний метод

Мисленево-логічні: порівняння, аналіз науково-психологічної літератури, узагальнення, синтез.

Емпіричні: 1) Гісенський опитувальник психосоматичних скарг; 2) шкала особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера.

Методи обробки результатів психодіагностичного дослідження і спостережень: описова статистична обробка даних (середнє, мода, дисперсія, стандартне відхилення); кореляційний аналіз даних.

Інтерпретаційні методи: структурний метод.

**Теоретична значущість дослідження** полягає в уточненні поняття психосоматичного розладу та виявленні проявів тривожності та тривожних станів у студентів закладу вищої освіти.

**Практична значущість** полягає у визначенні можливості використання методів гештальт-терапії для роботи з тривожними станами студентів. Зокрема, техніки «Досвід безперервності емоцій» та «Концентрація уваги на почуттях» можуть бути використані як допоміжний або основний вид терапії з метою корекції емоційних чинників, які впливають на прояв психосоматичних розладів у студентів закладу вищої освіти.

# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА ТРИВОЖНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ

## 1.1 ПРОБЛЕМА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ

**Психосоматичні розлади** — група хворобливих станів, що з'являються у результаті взаємодії психічних і фізіологічних факторів. Являють собою психічні розлади, що проявляються на фізіологічному рівні, фізіологічні розлади, які проявляються на психічному рівні, або фізіологічні патології, що розвиваються під впливом психогенних факторів.

До психосоматичних захворювань відносяться захворювання внутрішніх органів і систем організму, які виникають внаслідок впливу психічних та емоційних факторів. Це хвороби, які, як кажуть в народі, виникають «від нервів».

Перші згадки про психосоматичні захворювання відносяться ще до XVI століття до нашої ери. В Єгипетському «Папірусі Еверса», датованому 1550 р. до н. е., дана характеристика емоційного розладу жінок, яке пояснюється неправильним положенням матки. В подальшому дане припущення багаторазово висовувалося в рамках вивчення історії.

В Античній Греції Гіппократ та в Античному Римі Гален пов'язували схильність до певних хвороб з різними типами темпераменту людини. За їх думкою, хвороби кровообігу більш притаманні людям з сангвінічним типом темпераменту, в той час як холерики та флегматики більш схильні до захворювань жовчних шляхів [1].

Безпосередньо термін «психосоматика» був введений в науку в 1818 році німецьким психіатром Іоганном Хайнротом. Він пояснив багато соматичні хвороби як психогенні. Так, причиною туберкульозу, епілепсії та раку він розглядав як результат переживань почуття злоби та сорому, а також сексуальних проблем. І. Хайнроту належать слова: «Якщо б органи нашої

черевної порожнини могли розповісти історію своїх страждань, то ми б з подивом дізналися, з якою силою душа може руйнувати тіло, що їй належить».

Однак, психосоматичній медицині не судилося активно розвиватися. В середині XIX століття німецький лікар Рудольф Вірхов розробив концепцію кліткової патології [2], що сприяло виключенню з поля зору медицини усього, що виходило за рамки природознавства того рівня, на якому воно в той час знаходилося.

Подальше та найбільш активне пробудження інтересу вчених до психосоматики прийшло лише після того, як на межі XIX та XX століть австрійським психіатром Зігмундом Фрейдом були опубліковані перший факт виокремлення соматичної хвороби шляхом психотерапії (історія хвороби Ганни О.) [3] та перша наукова теорія психосоматики – концепція конверсійних порушень [4].

Конверсія – це характерний при істеричному неврозі механізм трансформації емоційної напруги в соматичні симптоми в сфері довільних іннервацій, тобто в межах нервово-м'язової та сенсорно-перцептивних систем. Соматичні симптоми при істеричній конверсії являють собою неусвідомлювану спробу полегшити емоційне напруження та мають символічне значення. Класичними прикладами істеричної конверсії є «психогенні паралічі руки, істеричні припадки, істерична дісбазія (порушення ходьби) або психогенна анестезія (порушення чутливості).

Роботи Фрейда слугували поштовхом для подальшого бурного розвитку психоаналітичного напрямку вивчення психосоматичних захворювань. Окрім того, почали з'являтися описи випадків зцілення соматичної патології шляхом психотерапії.

До лікарського лексикону термін «психосоматика» ввів у 1922 році віденський психоаналітик Фелікс Дойч [5], який розробив концепцію органних неврозів, яка надає великого значення слабості органу, зумовлену



попереднім больовим процесом [5]. Пізніше Дойч емігрував до США та почав там видання першого виключно психосоматичного журналу «Психосоматична медицина», який сприяв широкому розповсюдженню відповідних поглядів серед практикуючих лікарів та вчених.

В той же час з початку XX століття здійснювалися дослідження І. П. Павлова та його співробітників, присвячені вивченню фізіології нервової діяльності. В 1904 році І. П. Павлов отримав Нобелівську премію за експериментальне вивчення нервової регуляції кровообігу та травлення [6]. У ряді робіт І. П. Павлов та його колеги показали роль центральної нервової системи в регуляції соматичних функцій, в тому числі у виникненні психосоматичних захворювань. За словами Павлова, в основі психосоматичних захворювань знаходяться так звані «сшибки» умовних рефлексів [7].

В 1920-1930-х роках вивчення психосоматичних захворювань збагатилося виникненням концепції стресу. Американський фізіолог Уолтер Кеннон в 1923 році «запропонував нову ідею, що народилася з його оригінальних досліджень фізіологічного ефекту гніву та страху. Кеннон показав, що організм відповідає на надзвичайні ситуації певними змінами в загальній фізіологічній структурі та продемонстрував, як емоційні стани активують фізіологічні функції, закликані підготувати організм до тієї ситуації, про яку сигналізують емоції». За думкою Кеннона, фізіологічні зміни необхідні живим організмам для підготовки до реакцій боротьби або втечі, як відповідь на вплив погрожуючих життю факторів в процесі адаптації до оточуючої середовища.

В 1936 році канадський лікар Ганс Сельє, вивчаючи вплив неблагодійних факторів середовища на розвиток соматичних захворювань, виявив, що стресові фактори спочатку запускають загальну неспецифічну реакцію адаптації організму, а потім, за неможливості вироблення адаптивної реакції,

викликають в той чи іншій степені оборотні ураження найбільш вразливих тканин, органів або систем.

У 1984 році Ротенберг та Аршавский висунули перспективну гіпотезу пошукової активності, згідно з якою не сам по собі характер емоцій, а ступінь вираженості пошукової активності (на відміну від пасивно-оборонної поведінки) визначає реакцію на стрес і ступінь стійкості організму до хвороботворних впливів [7].

У 1935-1944 роках були опубліковані результати досліджень американського психіатра Фландерс Данбар, в яких був показаний зв'язок між певними особистісними особливостями пацієнтів і характером тілесних захворювань, а також закладені основи концепції «профілю особистості». На думку Данбар, емоційні реакції походять від особистості хворого і тому люди, що володіють певною структурою особистості, мають схильність до відповідних психосоматичних захворювань. Нею виділені коронарний, гіпертонічний, алергічний і схильний до пошкоджень типи особистості. При цьому Данбар відзначала, що особам, які страждають психосоматичними захворюваннями, властиві і певні загальні риси.

Засновником сучасної психосоматики вважається американський психіатр і психоаналітик угорського походження Франц Александер, який організував в 1939 році Чиказький психоаналітичний інститут, де здійснювалися перші систематичні дослідження психосоматичних захворювань, і розробив концепцію специфічного для хвороби емоційного конфлікту. В результаті досліджень, проведених інститутом, було виділено 7 специфічних психосоматичних захворювань: виразка дванадцятипалої кишки, ревматоїдний артрит, виразковий коліт, бронхіальна астма, нейродерміт, гіпертензія і тиреотоксикоз [5]. На думку Александера, для кожного з цих захворювань є характерним типовий неусвідомлений емоційний конфлікт (співіснування взаємовиключних мотивів), що сприяє розвитку саме цього захворювання. Соматичні зміни пов'язані з

фізіологічним супроводом емоцій, викликаних таким конфліктом. «Александр говорить про вегетативний невроз в разі постійного фізіологічного супроводу емоційних станів напруги при відсутності дії, спрямованого назовні і зменшуючого напругу. На другому етапі оборотні функціональні симптоми ведуть до незворотних змін в органах» [8]. При цьому кожній ситуації емоційній ситуації властивий соматичний синдром. Наприклад, порушення симпатoadреналінової системи є наслідком тривалого переживання агресії, що може з часом перетворитися на гіпертонію, артрит, тощо. А постійне незадоволене очікування допомоги доволі сильно впливає на парасимпатичну систему, підвищуючи ризик появи виразкової хвороби, коліту, бронхіальної астми та інших захворювань.

Таким чином, за весь період свого існування психосоматика була розглянута з багатьох сторін, пройшла довгий шлях вивчення та аналізу. В наш час існує багато досліджень, гіпотез та фактів, які можуть бути корисними для психологів, психіатрів, лікарів та звичайних людей, які мають проблему психосоматичних розладів та бажання її вирішити. Звичайно не можна сказати, що дана наука була вивчена повністю, постійно з'являються результати нових досліджень та відбуваються нові відкриття на тему взаємозв'язку психологічного стану людини та фізичними проблемами. З цього випливає, що в наш час психосоматика є актуальною проблемою та потребує подальшого вивчення.

## 1.2 КЛАСИФІКАЦІЯ ТА ВИДИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

Загальноприйнята класифікація психосоматичних розладів в даний час відсутня, хоч наразі і приймаються міри для їх інтеграції в єдину патогенетично обґрунтовану систему.

Традиційно згадуються три групи психосоматичних розладів: психосоматичні функціональні розлади – пограничні, невротичні; органічні психосоматичні розлади – класичні психосоматози; психосоматичні розлади в більш широкому значенні – схильність до травматизму, пов'язана з індивідуально-особистісними особливостями. П. І. Сидоров та А. В. Парняков [9] доповнюють цю класичну тріаду психосоматичними реакціями та конверсійними симптомами. Більш детально дана систематизація виглядає наступним чином:

1) Конверсійні симптоми - людина несвідомо починає демонструвати хворобливі симптоми, яких об'єктивно немає. Це часто спостерігається тоді, коли невротичний конфлікт отримує вторинну соматичну відповідь у вигляді демонстрації симптомів як спроби вирішення соціального конфлікту. Конверсійні прояви зачіпають довільну моторику і органи чуття (наприклад, істеричний параліч, парестезії («повзання мурашок»), психогенна сліпота і глухота, психогенна блювота, больові феномени).

До цієї ж групи входять умовно-психосоматичні захворювання, що виникають в тих випадках, коли психологічні та поведінкові фактори змінюють неспецифічні реакції організму. У своїх ранніх роботах З. Фрейд [10] помічав, що сильні афекти можуть вчинювати вплив на опірність або ж збільшення на сприйнятливність до інфекційних захворювань, на збудження захворювань інших органів та навіть на можливість скорочення

життя. В наш час існує багато доказів зв'язку між емоціями, функцією імунної системи та різноманітними захворюваннями, в тому числі інфекційними. Як підкреслює В. Бройтигам, психосоматика виявляє чітке прагнення до розширення своєї компетенції з включенням груп захворювань, які традиційно відносилися до внутрішніх, інфекційних, неврологічних та власне психічних захворювань.

2) Функціональні синдроми – мова йде про функціональне порушення окремих органів або систем. Будь-які патофізіологічні зміни в органах не виявляються. У хворого спостерігається строката картина невизначених скарг, які можуть зачіпати серцево-судинну систему, шлунково-кишковий тракт, руховий апарат, органи дихання і сечостатеву систему (наприклад, парестезії, клубок у горлі, неприємні відчуття в області серця, нейроциркуляторну дистонію, функціональні розлади шлунку, пароксизмальні порушення серцевого ритму різного генезу і т. д.). Все це супроводжується внутрішнім неспокоєм, депресивними проявами, симптомами страху, порушенням сну, зниженням зосередженості і психічною втомою.

3) Психосоматичні розлади які проявляються у вигляді самодеструктивної поведінки: алкоголізм, наркотична залежність, схильність до травматизму, тощо [11]. За своєю сутністю, вони є соматичними ускладненнями психічних захворювань та поведінкових девіацій.

Класифікація Ю. М. Губачева та Є. М. Стабровського [11], враховуючи причини психосоматичної патології, базується на провідній ролі найбільш «значимих» патогенних факторів та включає ситуаційний, особистісний, психопатологічний, церебральний та соматичний варіанти психосоматичних захворювань.

В класифікації В. Я. Гіндікіна [12] використовується нозологічний підхід. Стосовно досліджень взаємозв'язку психічних та соматичних захворювань за його думкою можуть бути виділені три варіанти їх співвідношень. Перший –

відносно незалежне виникнення психічних та соматичних захворювань. По суті мова йде про комбінацію соматичного та психічного захворювання, яка не виключає їх взаємного впливу. Другий варіант – з превалюванням етіологічної та патогенетичної ролі психічного фактору. Включає до себе відповідно психосоматичні захворювання та соматизовані психічні розлади (ранні вікові функціональні психічні розлади, соматофорні розлади невротичного рівня та психосоматичні – замасковані розлади). Третій варіант – з переважанням етіологічної та патогенетичної ролі соматичного фактору.

Цю класифікацію можна назвати найбільш зручною для сприйняття, проте ще й досі залишається враження неточності формулювань та термінів. Внаслідок того, що МКБ-10 була сформована на синдромальному принципі, психосоматичні розлади в ній знаходяться в різних категоріях, що трохи ускладнює процедуру її адекватного діагностування та терапії [13].

В той же час А. Б. Смулевич [14] стверджує, що клінічні прояви, які визначаються поняттям «психосоматичні розлади» відрізняються одне від інших значним поліморфізмом, проте, поєднуються між собою загальною ознакою, яку можна було б назвати «перекриттям» розладів психічної та соматичної сфер. [19]

Дана робота має на меті вивчення кишково-шлункових психосоматичних розладів, які за наведеною вище класифікацією відносяться до функціональних синдромів, бо впливають на окремі органи людини, водночас викликаючи у неї відчуття дискомфорту, болю, важкості, страху, тощо. Кишково-шлункові розлади є достатньо розповсюдженим видом прояву психосоматичних захворювань. Так, за даними журналу «Новости медицины и фармакологии» [16], при захворюваннях органів травлення вторинні психопатологічні прояви відсутні лише у 10.3% хворих тож ця проблема є досить гострою.

### **1.3 ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНОСТІ ТА ТРИВОЖНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ**

В сучасній психологічній літературі проблема тривожності та тривоги однією з найпоширеніших та однією з тих, яка найбільш вивчається. Одним з перших, хто присвятив свою увагу цій проблемі є З. Фрейд. Окрім нього, до даної проблеми звернули увагу такі науковці як К. Хорні, А. Фрейд, А. М. Прихожан, Дж. Тейлор, тощо.

З. Фрейд справедливо вважав, що проблема тривожності – є головним пунктом, в якому зустрічаються різноманітні та важливіші питання, рішення яких має освітити сяйвом емоційне життя пересічної людини.[22]

Тривожність – це стан занепокоєння, який виникає у людини в ситуації, коли вона має для людини найбільшу небезпеку, будь вона психологічною або ж емоційною. За думкою З. Фрейда, неприйнятий стан тривоги є одним з корисних адаптивних механізмів, який збуджує індивіда до захисної реакції з метою переборення небезпечної ситуації. [22]

Окрім того, тривожність є важливою особистісною та індивідуальною особливістю, яка виявляється в схильності людини до постійного, регулярного переживання з відносно малих приводів. Термін «тривожність» часто використовується для визначення більш широкого спектру переживань, які виникають незалежно від ситуації, в якій знаходиться людина в даний проміжок часу.

В ранніх роботах З. Фрейда ми можемо спостерігати два основних визначення тривожності: це тривожність як результат розрядки прихованого сексуального потягу та як сигнал о наявності певної небезпеки, яка вимагає від індивіда певної адекватної реакції.

Загальна різниця між цими визначеннями виявляється в двох сенсах:

- Тривожність як психічний стан

- Тривожність як певна властивість особистості.

Отже, ми можемо погодитися з думкою З. Фрейда про те, що питання тривожності головний пункт, в точці якого зустрічаються різноманітні та найбільш вагомим питання – тайна, вирішення якої може освітити усе наше духовне життя.

Загалом, усі люди індивідуальні та неповторні, так само як і їх рівень тривожності. Для визначення та вимірювання подібних індивідуальних відмінностей, в ХХ столітті американський вчений Дж. Тейлор розробив тест, який складався з низки питань, які мали на меті дослідження рівня тривожності респондентів. [23] З плином часу науковці визначили, що в світі існують два види тривожності. Один з них можна описати як більш-менш стійку характеристику особистості. Другий же вид характеризується як реакція особистості на ситуацію, яка загрожує людині або звичному їй плину подій.

Вивчаючи тривожність як особистісну характеристику та тривогу як стан, Ч. Д. Спілбергер розділив ці два поняття на «реактивну» - тобто тимчасовий стан, який може бути стійким; та «активну» - тобто рису характеру, яка відображається на його негативному ставленні до будь яких життєвих ситуацій, які постійно породжують в людині стан відчуття небезпеки.

Згідно концепції Спілбергера, тривожність можна класифікувати в трьох різних проявах:

- Об'єктивну, як тривожність, що є викликаною реальною зовнішньою небезпекою;
- Невротичну, як тривожність, що є викликаною невідомою та невизначеною небезпекою;
- Моральну, як тривожність, яка визначається їм як «тривожність совісті».

За думкою З. Фрейда, невротична тривожність може існувати в трьох основних формах. Перша з них – це «вільно плаваюча», тобто та тривожність, яку людина відчуває повсюди та яка постійно готова



приєднатися до любого об'єкту, який більш-менш підходить, чи буде він зовнішній або внутрішній. Друга форма невротичної тривожності полягає в фобічних реакціях, які характеризуються нерозмірністю ситуації, яка їх визиває. По-третє, тривожність можна виразити як страх, який виникає при істерії та важких неврозах та характеризується повною відсутністю зв'язку з якою-небудь зовнішньою небезпекою. [24]

Окрім того, свого часу А. М. Прихожан виділяв наступні види тривожності в своїй власній класифікації. За його думкою, тривожність виникає на основі ситуацій, які пов'язані:

- З процесом навчання (що можна назвати навчальною тривожністю)
- З уявленнями про себе (тривожність самооцінки)
- Зі спілкуванням (міжособистісна тривожність) [25]

Вище були розглянуті авторські класифікації видів тривожності, проте разом з ними існує також більш повна класифікація, яка зазвичай виділяє два види тривожності: відкриту та приховану. Відкрита тривожність є свідомо переживаною та виявленою в поведінці та діяльності у вигляді стану тривоги. Прихована ж тривожність більшою частиною є неусвідомлюваною та виявляється більше в надмірному спокої, нечутливості до реальних невдач та навіть в їх запереченні. До відкритих форм тривожності відносяться гостра (нерегульована), регульована (компенсована) та культивована. Форми прихованої тривожності зустрічаються приблизно в рівній кількості в любому віці. Прихована тривожність зустрічається значно рідше ніж відкрита. Одна з її форм умовно названа «неадекватним спокоєм».

Отже, підбиваючи підсумки вищесказаного ми можемо зазначити, що питання тривоги та тривожності на протязі вже достатньо тривалого часу є однією з найбільш досліджуваних проблем. Вивченням даного питання свого часу займалися З. Фрейд, К. Хорні, А. Фрейд, Дж. Тейлор, А. М. Прихожан, тощо. Дане питання має велику кількість різноманітних класифікацій, однак перша з них, безперечно, належить З. Фрейду.

## **1.4 ПРОЯВИ ТРИВОЖНОСТІ ТА ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ**

Студенти старших курсів часто стикаються з проблемою першого повноцінного знайомства зі своєю спеціальністю, яке відбувається під час проходження навчальної практики. Певний рівень тривожності є звичайною та обов'язковою особливістю емоційної діяльності людини, проте, кожна людина має свій оптимальний рівень тривожності, так звану – корисну тривогу. Проте, підвищений рівень тривожності можна назвати суб'єктивним проявом неблагополуччя особистості.

Зазвичай, тривожні студенти – це невпевнені в собі юнаки, які мають нестійку самооцінку, що може бути порушеною від найменшого втручання ззовні. Не завжди, навіть, це втручання має бути навмисним або ж навіть не а кожному випадку це втручання має бути взагалі. Невпевненість студента у власних силах здатна інтерпретувати будь-яку стресову подію як невдачу з боку студента. Окрім того, такі студенти постійно переживають відчуття страху перед невідомим, яке може призвести до того, що вони вкрай рідко виявляють ініціативу, не звертають на себе увагу та взагалі не схильні до проявів активності. Таких людей називають сором'язливими та скромними.

Часто тривожні студенти не мають великого впливу та не користуються увагою з боку інших студентів та однолітків, однак, разом з тим, вони не опиняються в повній ізоляції. Можна сказати, що вони більше входять до числа найменш популярних, вони замкнуті в собі, не комунікабельні або ж навпаки комунікабельні занадто.

Невпевнена, схильна до тривожності людина часто є поміркованою, а ця риса вже призводить до недовіри в адресу інших. Така людина знаходиться в постійному страху та очікуванні зовнішньої загрози, яка може виявлятися в будь чому. Це постійне напруження та очікування з часом перетворюється на захисну реакцію у вигляді агресії, спрямованої на оточуючих. Ця реакція виражається в надмірній агресивності, упередженому ставленні до людей.

Такі особи, з розвиненою тривожністю та агресивністю часто самотні, замкнуті, неактивні. Часто ця тривога та стан тривожності впливають на результати навчальної діяльності та на успіхи встановлення контакту з оточуючими.

Навчання в ВНЗ відноситься в першу чергу до категорії розумової праці та відрізняється низкою особливостей, які полягають в реалізації інтелектуальних здібностей при вирішенні різноманітних завдань. У студентів ця реалізація визначається процесом навчання та полягає в засвоєнні постійно зростаючого об'єму навчального матеріалу. Відомо, що розумовий труд часто супроводжується різноманітними функціональними змінами в діяльності серцево-судинної, ендокринної, шлунково-кишкової, нервової та інших систем. Це обумовлює нервові напруження, яке здатне призвести до перевтоми та порушенню здоров'я студента. Структура та рід діяльності студента стає значно складніше у порівнянні зі школою.

Розумова діяльність студентів протікає, зазвичай, разом з вираженою емоційною напругою, яка є певною мірою вище ніж у представників інших молодіжних соціальних груп. Така напруга є наслідком необхідності засвоєння великої кількості знань та складання великої кількості різноманітних екзаменів. Вивчення рівня тривожності у студентів більшою мірою проводилося під час складання екзаменів, проте, разом з тим М. В. Бакіна дослідила, що серед досліджених студентів 20% мали високий рівень особистісної тривожності, 30% мали середній рівень та 50% - низький рівень під час звичайних занять. І. С. Дроновим також було досліджено, що рівень реактивної та особистісної тривожності змінюється з плином часу та з віком.

Також є відомим взаємозв'язок особистісної тривожності з рівнем здібностей та успіхів в навчанні. За даними А. Ф. Белова, М. М. Лапкіна та Н. В. Яковлева, високі показники успішності показували студенти, які водночас мали високий рівень здібностей до навчання та високий рівень

особистісної тривожності. Наявність цих двох показників окремо один від одного не призводила до високих показників успішності.

Відомим також є взаємозв'язок психофізіологічних показників з властивостями особистості. Як свідчить аналіз літератури, екстравертам властива відносно велика швидкість виконання різних форм завдань та засвоєння матеріалу, пов'язаного з заучуванням матеріалу. Цим людям властива відносно легка зміна виду діяльності з одного на інший. Проте, разом з цим дослідження психологів демонструють, що екстраверти швидше за інтровертів виснажуються при спробі виконати роботу швидко та частіше допускають помилки.

Таким чином, велика кількість проведених досліджень відмічає погіршення функціонального стану організму студентів в процесі адаптації до навчальної діяльності. Багаторівнева функціональна система адаптації формується за рахунок взаємодії та взаємовпливу психологічних та фізіологічних компонентів адаптивних реакцій.

В складній та запутаній системі структур що реалізують адаптаційний процес, важливу роль відіграє нервова система. Взаємозв'язок емоційно-мотиваційної сфери та механізмів адаптації зумовлює необхідність комплексного вивчення впливу психологічних та вегетативних функцій в процесі адаптації людини. В умовах постійно зростаючих вимог до юнаків, які навчаються в вищих навчальних закладах є також необхідним індивідуально-типологічний підхід до прогнозованої оцінки ефективності адаптивної діяльності.

### **Висновки до першого розділу**

Отже, вивчення психосоматичних розладів та тривожності людей пройшло довгий шлях, аналізом даної проблеми займалися видатні науковці та цьому було присвячено величезну кількість часу.

В процесі аналізу наукової літератури нами було визначено, що психосоматичні розлади – це група хворобливих станів, які виникають на основі взаємодії психічних та фізичних факторів. Емоції відіграють в житті людини велику роль, чи то бурхливі переживання, чи то тонкі відтінки настрою. Найбільш інтенсивне переживання емоцій може викликати комплексну емоційну реакцію – стрес. Ця реакція є комплексною та містить в собі фізіологічні та психологічні елементи. Стресовий вплив не має перевищувати адаптаційні можливості людини, бо це може привести до виникнення психосоматичних розладів.

Окрім того, багаточисленні дослідження фізіологічного спрямування відзначають погіршення фізіологічного стану організму студентів в процесі адаптації їх до навчальної діяльності. За умов швидко зростаючих вимог до адаптаційних здібностей організму студентів, є необхідним також індивідуально-типологічний підхід до прогностичного оцінювання ефективності адаптаційної діяльності.

Одним з перших хто виділив та акцентував увагу на стані тривоги був З. Фрейд. Він охарактеризував цей стан як емоційний, який поєднує в собі очікування та невизначеності, почуття безпорадності. Так, студенти відчувають тривогу перед вступом до ВНЗ, при складанні іспитів та захисті курсових робіт, тощо. При першому відвідуванні лекції чи нового предмету, студент може відчувати тривожність щодо того, яке враження він справить на друзів, викладача та які будуть наслідки його дій. Тривожність чинить

вплив на професійну спрямованість також. Окрім того, вона може існувати в психологічному аспекті ситуативної та особистісної тривожності.

**РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ  
ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ У  
СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ  
2.1 ПРОЦЕДУРА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ,  
ПСИХОДІАГНОСТИКА СОМАТИЧНИХ СКАРГ ТА  
ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ  
ОСВІТИ**

В ході нашого дослідження нами були опитані студенти старших курсів СумДУ, КНЛУ та НМУ ім. О. О. Богомольця. Загальна кількість респондентів складає 100 осіб. Вік піддослідних – від 19 до 26 років. В даному дослідженні прийняли участь 49 чоловіків та 51 жінка.

Для підтвердження або спростування нашої гіпотези, дослідження психосоматичних скарг та рівня тривожності студентів, нами були обрані наступні методи роботи:

1. Теоретичні методи дослідження проблеми, а саме вивчення та аналіз наукової літератури за темою, її класифікація та систематизація. Окрім того, нами було проведене порівняння та обробка даних отриманих за допомогою теоретичних та емпіричних досліджень.

2. Емпіричні методи дослідження, до яких входить анкетування та психологічне тестування за допомогою Гісенського опитувальника соматичних скарг та шкали тривоги Спілбергера.

3. Методи обробки даних, до яких відноситься узагальнення та систематизація результатів, отриманих в ході емпіричного дослідження, а також методи математичної обробки даних.

З метою визначення проявів психосоматичних розладів та соматичних скарг студентів, ми використали Гісенський опитувальник соматичних скарг, адаптований в Психоневрологічному інституті ім. В. М. Бехтерева.

Дана методика являє собою опитувальник, мета якого полягає в реєстрації та встановленні окремих скарг та визначенні загального рівня їх інтенсивності.

Опитувальник складається з 57 питань – списку скарг, які відносяться до тієї чи іншої сфери фізичного самопочуття людини. Кожне питання оцінюється за п'ятибальною шкалою від 0 до 4. Окрім того, є можливість додатково вказувати скарги, які не входять до основної частини опитувальника. Методика має чотири шкали, (виснаження, шлунково-кишкові скарги, серцеві скарги, ревматичний фактор) та одну сумарну шкалу. Кожна з шкал складається з 6 питань, до сумарної шкали входять усі 24 питання основних шкал. Решта питань не співвідносяться за шкалами та слугують для більш точної діагностики скарг окремої особи. Максимальна кількість балів яку можна набрати в межах однієї основної шкали – 24.

Нами було прийняте рішення модифікувати систему розрахунків даного опитувальника з причини введення карантину на території України та неможливості провести дослідження з урахуванням контрольної групи.

Для визначення рівня тривожності у студентів, були використані такі види роботи як теоретичні методи дослідження, емпіричні методи та статистичні методи обробки даних. Окрім того, був використаний опитувальник ситуативної та особистісної тривоги Спілбергера.

Шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) є інформативним способом самооцінки рівня тривожності (як стійка характеристика людини). Тест розроблений Чарльзом Спілбергером. Російськомовна адаптація виконана Ю. Л. Ханінім.

Вимірювання тривожності, як властивості особистості є особливо важливим, оскільки ця властивість багато в чому обумовлює поведінку суб'єкта. Певний рівень тривожності – природна і обов'язкова особливість активної особистості. У кожної людини існує свій оптимальний або бажаний рівень тривожності – це так звана корисна тривожність. Оцінка людиною

свого стану в цьому відношенні є для нього істотним компонентом самоконтролю та самовиховання.

Для визначення соматичних скарг студентів, нами було проведене опитування. В ході експерименту нами було визначено, що зі ста студентів 26 не мають симптому за шкалою «Виснаження», приблизно рівна кількість студентів мають даний симптом на стадіях формування та вже в сформованому вигляді (34 та 37 відповідно) і лише троє студентів мають симптом виснаження як домінуючу скаргу соматичних розладів.

За шкалою серцевих скарг, більша частина студентів не мають скарг на серцево-судинну систему (44 студента), 33 студента мають незначні скарги на етапі формування симптому, 20 студентів мають вже сформований симптом, який ще не став головним приводом їх скарг на соматичні розлади. Аналогічно з симптомом виснаження, симптом серцевих скарг домінує лише у трьох студентів.

Симптом шлунково-кишкових скарг має найбільшу кількість людей, в яких він є домінуючим – 8 осіб. Ще 41 студент має даний симптом у вже сформованому вигляді, що також є найвищим показником серед сформованих симптомів. В іншому, 34 студента не мають скарг за симптомом шлунково-кишкових розладів і у 17-ти студентів даний симптом знаходиться на стадії формування.

Шкала ревматичних скарг має найбільший показник симптому на етапі формування – 48 осіб. 28 студентів не мають скарг ревматичної сфери, у 20 студентів даний симптом має вже сформований вигляд, а у чотирьох студентів ревматичний фактор є домінуючим приводом для скарг.

Отже, з проведеного дослідження ми можемо визначити, що серед домінуючих соматичних скарг у студентів найбільш поширеними є шлунково-кишкові скарги. Тим не менш, можна стверджувати, що переважна кількість студентів віком від 19 до 26 років не мають яскраво виражених



соматичних скарг. Зокрема, інші симптоми мають приблизно однаковий рівень інтенсивності, порівняно один з іншим.

*Таблиця 1*

**Кількість визначених соматичних скарг в різному ступені їх прояву за модифікованим Гісенським опитувальником соматичних скарг**

	Відсутній	Формуючийся	Сформований	Домінуючий
Виснаження	26	34	37	3
Серцеві скарги	44	33	20	3
Шлункові скарги	34	17	41	8
Ревматичний фактор	28	48	20	4

Наведена таблиця демонструє кількість визначених симптомів в різній формі. З даної таблиці ми можемо побачити, що серед опитуваних менше всього було визначено скарг на серцево-судинну систему. Більше всього ж скарг було зафіксовано за шкалою «виснаження» шляхом підсумовування симптомів на стадії формування та вже сформованих.

Окрім того, отримані дані були поділені нами на дві групи: група студентів зі слабо вираженими скаргами та група студентів з наявністю скарг в домінуючій формі. За результатами розподілу ми отримали 47 осіб зі слабо вираженими скаргами та 13 осіб з домінуючими.

Також нами був проведений аналіз отриманих результатів за допомогою засобів описової математичної статистики. В результаті даного аналізу нами було визначено, що середнє арифметичне генеральної вибірки кожного симптому за шкалою оцінювання інтерпретується як симптом на етапі формування. Найменше середнє значення було зафіксовано за шкалою серцевих скарг – 8,07. Наступним значенням йде показник ревматичних скарг – 9,59. Майже однакові результати були зафіксовані за шкалами виснаження та шлункових скарг, показник яких становить 10,45 та 10,39 відповідно.

Таблиця 2

**Загальні результати, отримані в ході проведення Гісенського  
опитувальника соматичних скарг**

	Виснаження	Серцеві	Шлункові	Ревматичні
Ср. Арифм	10,45	8,07	10,39	9,59
Медіана	11	9	12	10
Мода	15	12	0	11

Спираючись на отримані результати є можливим стверджувати, що у студентів віком від 19 до 26 років не мають великого поширення скарги соматичного характеру, проте за вищенаведеними шкалами ці скарги знаходяться на етапі формування.

## 2.2 ПСИХОДІАГНОСТИКА ОСОБИСТІСНОЇ ТА СИТУАТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ

За результатами проведеного нами дослідження нами було визначено, що серед 100 респондентів 9 студентів мають низький рівень особистісної тривожності, 14 студентів мають середній рівень та 77 студентів мають високий рівень ситуативної тривожності. Іншими словами, більше двох третин студентів знаходяться в постійно напруженому емоційному стані, який безпосередньо впливає на їх мотивацію до навчання, на їх успішність, комунікацію, відносини з оточенням, тощо.

Схожу ситуацію ми можемо спостерігати з ситуативною тривожністю, де лише 3 студента мають низький рівень тривожності, 19 осіб мають середній рівень та 78 – високий рівень ситуативної тривожності. Аналогічно до особистісної тривожності, більше двох третин опитаних студентів потрапляючи в певні ситуації знаходяться в стані тривоги, що, знову ж таки, не може не впливати на успіхи, прагнення та загальний емоційний стан студентів.

*Таблиця 3*

### Загальні результати, отримані в ході проведення шкали тривожності Спілбергера у відсотках

	Особистісна тривожність	Ситуативна тривожність
Низький рівень	9%	3%
Середній рівень	14%	19%
Високий рівень	77%	78%

Вищенаведена таблиця наявно демонструє нам, що проблема тривожності та тривожних станів серед юнаків та студентів на даний час є вкрай актуальною та потребує детального вивчення з метою встановлення та корекції причин підвищеного рівня тривожності серед молоді.

Для більш точного аналізу отриманих даних, нами було прийняте рішення розділити отримані дані за статтю респондентів та використати методи описової статистики.

Таблиця 4

**Початкові дані шкали особистісної тривожності, отримані в  
результаті анкетування**

	Генеральна вибірка	Чоловіки	Жінки
Середнє	48,31	48,44	48,17
Медіана	49	50	49
Мода	49	53	49

З наведеної вище таблиці ми можемо побачити, що за шкалою особистісної тривожності, результати групи чоловіків майже не відрізняються від результатів жіночої групи. На підставі цього можна зробити висновок, що в даних вікових межах стать не відіграє вирішальної ролі у формуванні тривожних станів осіб юнацького віку. За шкалою оцінювання, середні результати обох груп відносяться до показників високого рівня тривожності.

Таблиця 5

**Початкові дані шкали ситуативної тривожності, отримані в  
результаті анкетування**

	Генеральна вибірка	Чоловіки	Жінки
Середнє	50,16	50,36	49,96
Медіана	49,5	49	51
Мода	49	49	51

Як можна побачити з Таблиці 4, за шкалою ситуативної тривожності результати чоловіків та жінок знову майже не відрізняються. Середнє значення групи жінок є трохи меншим за середній результат групи чоловіків, проте ця різниця не є суттєвою. Середнє значення обох груп за шкалою

оцінювання інтерпретується як високий рівень. З усього вищезазначеного можна стверджувати, що в віці від 19 до 26 років стать не має великого значення при формуванні ситуативної тривожності у студентів.

Окрім того, нами були визначені середні значення особистісної та ситуативної тривожності у осіб зі слабо вираженими та домінуючими симптомами за Гісенським опитувальником соматичних скарг.

Так, у осіб зі слабо вираженим симптомом середнє арифметичне дорівнює 45,7 та 49,4 для особистісної і ситуативної тривожності відповідно. В той же час, для осіб із домінуючими симптомами ці показники становлять 49,7 для особистісної тривожності та 47,9 для ситуативної. З зазначених даних, ми можемо спостерігати, що у студентів зі слабо вираженим симптомом превалює ситуативна тривожність, а для студентів з домінуючим симптомом є більш властивим підвищений рівень ситуативної тривожності.

## 2.3 АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ РІВНЯ ОСОБИСТІСНОЇ І СИТУАТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Як було зазначено вище, в групі студентів від 19 до 26 років є достатньо поширеною проблема особистісної тривожності, ситуативної тривожності та соматичних скарг. Для дослідження взаємозв'язку між отриманими нами даними, ми провели порівняння отриманих результатів за допомогою методів статистичної обробки даних. В результаті аналізу генеральної вибірки, нами був знайдений міцний взаємозв'язок особистісної тривожності зі шлунково-кишковими соматичними скаргами. Значення кореляції в даній парі дорівнює 0,43. Окрім того, нами був визначений маловірогідний зв'язок особистісної тривожності з іншими симптомами: для симптому виснаження значення кореляції дорівнює 0,37, для симптому серцевих скарг – 0,34, для ревматичних скарг – 0,34.

Разом з тим, в ході аналізу була знайдена маловірогідна кореляція ситуативної тривожності з симптомом виснаження та ревматичним фактором – 0,27 та 0,31 відповідно.

*Таблиця 6*

### Результати кореляційного аналізу генеральної вибірки

	Особистісна тривожність	Ситуативна тривожність
Виснаження	0,37	0,28
Серцеві скарги	0,35	0,17
Шлункові скарги	0,44	0,15
Ревматичний фактор	0,34	0,31

Отже, за результатами кореляційного аналізу генеральної вибірки ми можемо стверджувати, що студентам з високим рівнем особистісної тривожності притаманні соматичні скарги шлунково-кишкового характеру та, меншою мірою, скарги за іншими шкалами Гісенського опитувальника соматичних скарг.

Наступним нашим кроком при обробці отриманих даних було порівняння результатів за групами чоловіків та жінок з метою встановлення чи спростування взаємозв'язків соматичних скарг з тривожністю в залежності від статі студента.

В ході аналізу нами було визначено, що для групи чоловіків властивою є кореляція симптомів виснаження та шлунково-кишкових скарг із особистісною тривожністю. Однак, в обох випадках кореляція є мало вірогідною, оскільки для шкали виснаження значення кореляцію становить 0,29, а для шкали шлунково-кишкових скарг цей показник складає 0,37.

*Таблиця 7*

#### **Результати кореляційного аналізу за групою чоловіків**

	Особистісна тривожність	Ситуативна тривожність
Виснаження	0,30	0,08
Серцеві скарги	0,20	0,03
Шлункові скарги	0,37	-0,05
Ревматичний фактор	0,26	0,19

З проведеного аналізу випливає, що чоловікам не притаманний взаємозв'язок ситуативної тривожності із соматичними скаргами. Замість цього простежується тенденція впливу соматичних скарг чоловіків на розвиток та прояв особистісної тривожності, яка підвищується разом з погіршенням фізичного стану студента. Зважаючи на те, що особистісна тривожність має прямий вплив на самооцінку та емоційний стан особи, ми можемо сказати, що погіршення фізичного самопочуття студента на протязі тривалого часу впливає і на його самооцінку, поступово завдаючи їй шкоди. Отже, під час роботи зі студентами віком від 19 до 26 років, які мають скарги психосоматичного характеру, варто враховувати елемент самооцінки в програму корекції та консультації.

За результатами дослідження жіночої групи на взаємозв'язок тривожності із соматичними скаргами ми отримали наявність яскраво

вираженої кореляції особистісної тривожності з усіма шкалами Гісенського опитувальника соматичних скарг.

Так, за шкалою виснаження показник кореляції становить 0,44, з чого випливає, що стан фізичної втоми, особливо якщо він є частим або навіть постійним, достатньо сильно вражає емоційний стан студентки, провокуючи зростання та закріплення особистісної тривожності, яка в свою чергу впливає на загальний емоційний фон. Знаходячись в постійно виснаженому стані, особа починає насторожено або навіть агресивно відноситися до оточення, до широкого спектру ситуацій, до навчання та власних успіхів. Певною мірою є справедливим твердження про те, що з чотирьох шкал Гісенського опитувальника соматичних скарг саме параметр виснаження є найбільш розповсюдженим, причому не тільки серед студентів, а й серед випускників та людей в цілому. Рваний темп життя, постійна взаємодія з електронними пристроями, проблеми сну, відносин, втоми та інші фактори призводять до фізичного виснаження та спустошення, повністю усунути які за період вихідних та канікул чи відпустки майже неможливо. Таким чином, цілком можливо сказати, що при роботі з особистісною тривожністю не в останню чергу варто приділяти увагу стану фізичного виснаження людини, оскільки це може бути досить вагомою причиною прояву тривожних станів.

За шкалою серцевих скарг рівень кореляції становить 0,48. В даному випадку ми можемо спостерігати наявність чіткого взаємозв'язку особистісної тривожності із скаргами на серцево-судинну систему. На щастя, як можна побачити з результатів проведення Гісенського опитувальника соматичних скарг, проблема серцево-судинної системи не є занадто поширеною серед студентів віком від 19 до 26 років, оскільки майже половина респондентів (44 особи) не виявили чітких ознак даного симптому. Тим не менш, цілком справедливим буде сказати, що дана проблема все ж таки має місце бути і, як ми можемо побачити з проведеного нами аналізу,



фактори особистісної тривожності та серцево-судинних захворювань у студентів є певним чином взаємопов'язані.

За шкалою шлунково-кишкових скарг ми можемо спостерігати найбільше значення кореляції, яке дорівнює 0,49. З аналізу опитувальника соматичних скарг ми можемо побачити, що проблему домінуючих шлунково-кишкових скарг має найбільша кількість студентів – а саме 8 осіб. Окрім того, за даним параметром також було визначено найбільшу кількість вже сформованих симптомів, з чого випливає висновок про те, що питання скарг соматичного характеру на тему шлунково-кишкових розладів є достатньо поширеним. Складно сказати, чи то шлунково-кишкові розлади більше впливають на рівень особистісної тривожності чи навпаки, однак ми бачимо наявність чітко вираженого кореляційного зв'язку. Тема взаємозв'язку шлунково-кишкових психосоматичних розладів із особистісною та ситуативною тривожністю потребує подальшого детального вивчення та аналізу.

Останній предмет соматичних скарг в Гісенському опитувальнику – ревматичний фактор. За даним показником рівень кореляційного зв'язку із особистісною тривожністю становить 0,43, що демонструє нам наявність чітко вираженого взаємозв'язку. Ревматичний фактор також є досить важливим елементом фізичного самопочуття студента, велику частину часу який проводить сидячи в навчальному закладі, вдома за домашнім завданням, за електронними пристроями, тощо. Ревматичний фактор тісно пов'язаний із фактором виснаження, прямо впливаючи на інтенсивність прояву даного симптому та, як наслідок, на розвиток особистісної тривожності у студента.

Аналізуючи кореляцію психосоматичних скарг із ситуативною тривожністю, нами були зроблені наступні спостереження: існує пряма кореляція ситуативної тривожності студенток із симптомом виснаження та ревматичним фактором. Що ж стосується двох інших симптомів, то ми можемо сказати, що у студенток спостерігається мало вірогідна кореляція

ситуативної тривожності з скаргами на серцево-судинну систему та скаргами на шлунково-кишковий тракт.

*Таблиця 8*

**Результати кореляційного аналізу за групою жінок**

	Особистісна тривожність	Ситуативна тривожність
Виснаження	0,44	0,46
Серцеві скарги	0,48	0,31
Шлункові скарги	0,49	0,34
Ревматичний фактор	0,43	0,44

Таким чином, спираючись на вищенаведену таблицю, ми бачимо, що для жіночої групи притаманним є чіткий та повний взаємозв'язок психосоматичних скарг із особистісною тривожністю студенток віком від 19 до 26 років. Що ж стосується ситуативної тривожності, то за даною шкалою нами був визначений чіткий взаємозв'язок даного виду тривожності із симптомом виснаження та ревматичним фактором. Із серцево-судинними скаргами та шлунково-кишковим фактором кореляція є мало вірогідною.

Підсумовуючи усе вищесказане ми можемо зробити висновок, що на даний момент серед студентів вищих навчальних закладів є досить розповсюдженою проблема шлунково-кишкових психосоматичних розладів, пов'язаних із особистісною тривожністю. Окрім того, у певної групи студентів чоловічої статі є слабкі ознаки взаємопов'язаних шлунково-кишкових симптомів та рис фізичного виснаження із особистісною тривожністю, в той час як ситуативна тривожність чоловіків кореляції з фізичним станом не має. Для групи жінок є притаманною чітка кореляція усіх шкал Гісенського опитувальника психосоматичних скарг з особистісною тривожністю. Разом з цим, студенток віком від 19 до 26 років спостерігається залежність ситуативної тривожності з шкалою фізичного виснаження та ревматичного фактору.

З цього ми маємо можливість сказати, що студенти-чоловіки менше піддані ситуативним сполохам емоцій, які можуть призвести їх до погіршення самопочуття, менше схильні до тривожності в умовах мінливої ситуації, проте більше схильні до постійного відчуття емоційної напруги та внутрішнього неспокою, що в першу чергу впливає на їх шлунково-кишкову систему, погіршуючи фізичний стан студента. Погіршене самопочуття та, можливо, періодичні прояви болю в свою чергу впливають на емоційний стан студента, підкріплюючи стан тривожності. Що стосовно студенток вищих навчальних закладів, то ми можемо спостерігати картину чіткої залежності фізичного самопочуття з особистісною тривожністю та, частково, із ситуативною, з чого випливає більш висока емоційна чутливість жінок в напружених ситуаціях та сильніший вплив їх емоційного стану на фізичне самопочуття. Підвищена емоційність може перебільшувати справжні почуття та стани, що певною мірою впливає на соматичні скарги та схильність до панічних або нервових настроїв в мінливих ситуаціях.

### **Висновки до другого розділу**

Отже, за результатами нашого дослідження нами була визначена наявність взаємозв'язку між особистісною та ситуативною тривожністю студентів і проявами у них психосоматичних скарг, як наслідок.

У студентів віком від 19 до 26 років присутня досить наявна кореляція між психосоматичними скаргами та особистісною тривожністю. Найбільша кореляція була визначена між особистісною тривожністю та шлунково-кишковими скаргами. Ситуативна тривожність у даної групи корелює зі скаргами на фізичне виснаження та скарги ревматичного спрямування.

Розділяючи вибірку на групи за статтю, можна спостерігати, що у чоловіків присутня кореляція особистісної тривожності зі скаргами на виснаження, шлунково-кишкову сферу та є маловірогідна кореляція з ревматичним фактором. Кореляції ситуативної тривожності з психосоматичними скаргами у чоловіків визначено не було.

В групі жінок були визначені корелятивні зв'язки особистісної тривожності з усіма шкалами Гісенського опитувальника психосоматичних скарг та також був визначений взаємозв'язок ситуативної тривожності з симптомами виснаження та ревматичним скаргами. Також в групі жінок присутня маловірогідна кореляція ситуативної тривожності з серцевими та шлунковими скаргами.

## **РОЗДІЛ 3 КОРЕКЦІЯ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ ЯК ФАКТОРУ ЗМЕНШЕННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ**

### **3.1 МЕТОДИ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ ЯК ЗАСІБ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ СТУДЕНТІВ**

Психосоматичний симптом являє собою достатньо традиційну складність в психотерапевтичній практиці, оскільки остання має на меті працю не з безпосередньо організмом, а з контактом між оточуючою середою та організмом людини. Свого часу власну думку на дану тему висловили Ф. Перлз та П. Гудман, яка полягала в походженні емоційного переживання на межі організму людини та її оточення. Певною мірою можна сказати, що переживання є функцією цієї межі, тож психологічно реальними являються «цілісні» конфігурації цього функціонування, певний здобутий сенс або ж незавершена дія. Цілісність переживання активує певні структури; на психологічному рівні решта характеристик організму та оточення є або ж абстракцією, або потенційним натяком в переживанні на інше переживання.»

В свою чергу гештальт-терапевти досить часто загострюють цю позицію, стверджуючи що гештальт-терапія працює з контактом, а не з симптомом. Водночас з цим, з інших психотерапевтичних підходів залучаються різні побічні способи роботи з симптомом, які засновані на розумінні симптому як метафори, симптому як засобу організації поведінки в системі соціуму. При цьому висовується припущення, що праця гештальт-терапевта з патологією контакту буде прямо впливати на симптом.

В сфері гештальт-терапії можна виділити певні уявлення що до психосоматичного симптому:

- Симптом як зупинена емоція, яка знайшла відгук на тілесному рівні
- Симптом як наслідок тривалої емоційної напруги низької емоційності

- Симптом як перетворена форма контакту. Певний засіб творчої адаптації, який з часом перетворився на однотипний та стереотипний алгоритм.

Оскільки симптом це склад інтроекції, ретрофлексії та соматичної проекції, то робота з симптомом полягає в виведенні його на границю контакту та роботу з цими механізмами переривання контакту.

На даному етапі ми можемо виділити такі фази роботи як:

1. Усвідомлення почуттів. Головною метою даного етапу є конкретизація та розуміння тих самих соматичних симптомів, які заклав клієнт в свій запит. Визначення типу цього відчуття, його проявів та локалізації дозволить більш точно та ефективно в подальшому працювати з проявами даного відчуття.

2. Усвідомлення стримуваного почуття. Дана фаза передбачає визначення емоційного відгуку клієнта на соматичних симптом та інтенсивності цього відгуку. Знаючи ці два елементи – стримуване почуття та фізичне почуття – клієнт зможе краще зосередитися саме на проблемних переживаннях, не відволікаючись на сторонні стани.

3. Усвідомлення адресата почуття. До кого саме спрямоване це емоційне почуття? Також цей етап передбачає визначення того, які думки або відносини з адресатом впливають на інтенсивність прояву емоційного стану більше, а які менше.

4. Усвідомлення інтроекта, заборони. На цьому етапі консультант допомагає клієнту усвідомити, що саме зупиняє клієнта від вираження власних почуттів та емоцій. Разом з цим є немаловажним елементом уявлення можливих наслідків – що відбудеться, якщо клієнт все ж таки висловить свої переживання, та чи відбудеться щось погане.

5. Реагування. В першу чергу хоча б уявне питання клієнта самого до себе: «Що б ти хотів зробити або сказати?»

6. Усвідомлення самого себе з цим почуттям. Усвідомлення наслідків сказаного та зробленого, розуміння оновлених переживань та емоцій. Аналіз проведеної роботи та підбиття підсумків для клієнта, оцінювання успішності проведеної роботи.

На перших етапах, для аналізу клієнтом власних переживань досить часто використовуються техніки малювання. Плюси цих технік полягають в більш повному розкритті клієнтом своїх емоцій, кольорами може бути простіше описати свої емоції, в подальшому клієнт зможе повертатися до свого малюнку та вносити в нього певні виправлення відповідно до прогресу, процес малювання меншою мірою контролюється свідомістю ніж мовлення, тощо. Окрім того, даний метод може допомогти клієнту впоратися з напруженістю та тривожністю під час перших зустрічей.

Для нашого варіанту психокорекційної програми нами були відібрані наступні техніки гештальт-терапії:

1. «Досвід безперервності емоцій». Головною думкою даної техніки є нерозривність «зовнішнього світу» та «тіла», що можна назвати певною диференційованою єдністю. Постійність контакту та мінливість гештальту в даних умовах ніколи не бувають нейтральними, оскільки постійно відноситься до життя людини безпосередньо в процесі її проживання. В такому випадку, переживання взаємозв'язку «організм/середовище» в аспекті цінностей складають емоції. В свою чергу, згідно цьому визначенню, емоція – постійний процес, кожна мить якого має певний негативний або позитивний відтінок.

2. «Концентрація уваги на почуттях». Ця техніка покликана допомогти клієнту звернутися до свого емоційного та фізичного стану, відволіктися від зовнішніх факторів та чинників, сконцентрувавши всю свою увагу на власних переживаннях з метою їх розуміння.

### **3.2 ПРОГРАМА КОРЕКЦІЇ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ СТУДЕНТІВ**

Методологічна основа даної програми передбачає використання технік гештальт-терапії «Досвід безперервності емоцій» та «Концентрація уваги на почуттях».

Психокорекційна програма розрахована на короткотривалу консультаційну роботу, загальна тривалість якої складає 5 занять. Окрім того, дана програма передбачає проведення від 1 до 3 додаткових занять з метою повторного опрацювання певних аспектів, якщо клієнт вважає, що йому це необхідно. Тривалість кожної зустрічі – 1 година. Загальна тривалість основної частини психокорекційної роботи – 5 годин (+ 1-3 години додаткових занять).

Враховуючи особливості короткотривалої психологічної корекції, головною метою даної програми є безпосередньо корекція тривожних станів студентів та викликаних цими тривожними станами психосоматичних розладів. Завданням даної психокорекційної програми є допомога клієнту в позбавленні від почуття тривожності, поганого емоційного та, як наслідок, фізичного самопочуття, викликаного тривожними станами та стійкими переживаннями клієнта. Також до цілей програми входить надання порад та установок з метою недопущення повторних проявів розладу.

Робота за наведеною психокорекційною програмою передбачає консультативний характер та не потребує спеціального обладнання.

Умови проведення: робота проводиться індивідуально, в окремому приміщенні, обладнаному місцями для сидіння та, за можливості, місцем де клієнт зміг би зручно лягти. Робота має проводитися за відсутності сторонніх осіб, шумів та інших відволікаючих факторів. Особливих умов та обмежень програма не потребує.

Цільова аудиторія: програма розрахована для роботи з студентами вищих навчальних закладів віком від 19 до 26 років, які мають підвищений



рівень ситуативної або особистісної тривожності та скарги психосоматичного характеру.

## Зустріч 1

Головне завдання першої зустрічі полягає в встановленні рапорту – відкритих та довірливих стосунків між клієнтом та консультантом. Разом з тим, перша зустріч передбачає збір актуальної інформації, до якої відноситься причина звернення, інтенсивність проявів негативних переживань, які стали причиною звернення, актуальність та тривалість спостереження проблеми, відношення клієнта до об'єкту проблеми, тощо. Консультант має зібрати якомога більше інформації, при цьому не змушуючи клієнта говорити проти його волі та не причиняючи дискомфорту клієнтові. Отримана інформація надалі буде корисною при складанні плану консультації та аналізу прогресу з успішністю проведеної роботи.

Психолог в обов'язковому порядку розповідає клієнту про динаміку, структуру роботи, про методики та техніки які передбачаються даною програмою, тощо. Окрім того, обов'язковим є етап встановлення основних правил та принципів роботи з якими були б згодні обидва – і консультант і клієнт, принципи конфіденційності та умов праці. Також варто приділити увагу відповідальності консультанта та клієнта за зміни в стані та особистості клієнта. Якщо в цьому є необхідність, можливим є оформлення певних документів.

Після визначення основних моментів запиту клієнта, можна перейти до безпосередньо роботи. Консультант та клієнт знову обговорюють запит та підбивають підсумок даних, з якими в подальшому буде йти робота. За потреби консультант може задавати певні питання клієнту з метою отримання нової інформації або ж наштовхнути клієнта на думку, якщо той раптом заплутається в словах, проте консультант не має перебивати, вимагати від клієнта більше ніж той може розповісти та робити висновки за клієнта.

Визначивши основний запит (який в подальшому може бути уточнений або скорегований), що буде задовольняти клієнта, можна почати проведення вправи з методу «Концентрація уваги на почуттях».

### Вправа 1

Для виконання даної вправи знадобиться місце, де клієнт зміг би зручно влаштуватися в сидячому або лежачому положенні. Позу та положення клієнт може обрати для себе сам.

Спочатку клієнт влаштовується в зручній для нього позі, заплющує очі та вголос описує свій стан і ситуацію, в якій він знаходиться прямо зараз. Перед виконанням вправи консультант може підказати клієнту як це може звучати: «Зараз я лежу на дивані», «зараз я усвідомлюю, що збираюся проводити вправу», «зараз я чую, що за стіною грає радіо», тощо. Під час виконання вправи клієнт має звертати увагу на своє фізичне та емоційне самопочуття, озвучуючи свої переживання та думки. Консультант під час виконання вправи знаходиться поруч, за межами зору клієнта та, за необхідності, занотовує важливі моменти. Тривалість вправи складає 5-10 хвилин, після чого клієнт повертається в попереднє положення.

За результатами вправи консультант та клієнт обговорюють думки, враження та переживання клієнта під час виконання. Клієнт розповідає про свої відчуття, ділиться своїми враженнями та ідеями, які він відчув, концентруючись на своєму самопочутті. Консультант аналізує отримані результати та з'ясовує, чи не змінилося у клієнта ставлення або бачення його запиту, чи не потрібно його уточнити. Також консультант за можливості з'ясовує, чи відчув клієнт щось незвичне, чи змінився його стан, чи відчуває клієнт покращення або погіршення стану.

Зустріч закінчується обговоренням проведеної вправи, обговоренням самопочуття клієнта, уточненням плану для наступної зустрічі та домашнім завданням для клієнта.

## Зустріч 2

Друга зустріч починається з обговорення домашнього завдання, аналіз ставлення клієнта до проблеми та порівняння з тим ставленням, яке в клієнта було на початку роботи. Разом з цим перевіряється екологічність застосованої консультантом вправи. Якщо клієнт відчуває, що його ставлення до проблеми залишилось незмінним, то другу зустріч варто присвятити роботі над цими недоліками. Робота над недоліками може проводитися у форматі діалогу, консультації або ж шляхом повторного проведення минулої вправи для виявлення критичного моменту, який був упущений.

Якщо результат попередньої зустрічі був позитивним, то можна продовжувати роботу з технікою «Концентрація уваги на почуттях».

Ціллю другої зустрічі є допомога клієнту в відчутті власного тіла, фізичного стану та контролю над ним. Для цього необхідно визначити, що відчуває клієнт під час проявів психосоматичного розладу та які емоції це в нього викликає. Окрім того, варто визначити, як психосоматичний розлад впливає на емоційний стан клієнта, та як клієнт долає ці ситуації.

Після закінчення обговорення, консультант підбиває підсумки та пропонує клієнту пройти другу вправу з методики «Загострення відчуття тіла».

## Вправа 2

За ходом проведення ця вправа дещо схожа на попередню, проте в цей раз клієнт концентрується лише на відчуттях власного тіла, на своєму диханні, пробує помітити певні комбінації або структури – тобто те, що відбувається одночасно і створює єдиний малюнок болю, дискомфорту,

напруги, тощо. Клієнт може спробувати затримати або змінити темп дихання та прослідити за своїми відчуттями в цьому випадку.

Тривалість вправи складає приблизно 5-10 хвилин, після чого клієнт повертається в попереднє положення та починається обговорення цієї вправи з консультантом.

Зустріч завершується новим домашнім завданням: до наступної зустрічі кожен день, хоча б раз, повторювати вправу 2 та аналізувати свої переживання під час її виконання.

### Зустріч 3

Третя зустріч починається з обговорення домашнього завдання, відношення клієнта до проблеми та порівняння результатів з минулими зустрічами. Окрім того, варто обговорити ставлення клієнта до його проблеми, чи змінилось воно, порівняно з минулими зустрічами та його ставленням до проблеми на початку роботи. Якщо за результатами бесіди було визначено, що клієнт не відчуває певних змін, або ж навпаки відчуває погіршення свого стану, варто проаналізувати його стан та, за необхідності, повернутися до минулих зустрічей.

Після проведеного обговорення, якщо результат був визначений як позитивний, консультант пропонує перейти до техніки «Досвід безперервності емоцій» та виконати одну вправу з цієї техніки.

### Вправа 4

Клієнт має знову та знову відновлювати в уяві досвід, який мав для нього потужну емоційну напругу. Кожен раз він повинен намагатися згадати нові деталі, переживаючи це знову та використовуючи теперішній час.

Можливо, в уяві почнуть з'являтися слова, які клієнт або співрозмовник казав в цій ситуації, тож клієнт має проговорювати їх вголос, прислуховуючись до свого голосу та емоцій в ньому. Якщо в пам'яті з'являється більш ранній досвід, клієнту потрібно звернути увагу на нього [20].

Це потрібно робити для різного емоційного досвіду, скільки дозволить час та бажання клієнта. Потрібно визначити, чи має він незавершену

ситуацію жалю, горя; чи мав він тоді можливість випустити емоції, чи може він зробити це зараз; в уяві повернутися назад та завершити ситуацію. Якщо клієнт не може, то консультанту варто запитати в нього, чи може він зараз відчувати те, що його стримує зараз.

Під час виконання консультанту краще стояти поруч та бути готовим до різких емоцій клієнта, щоб мати змогу одразу його заспокоїти та допомогти прийти до себе. Якщо в ході вправи клієнт став почувати себе погано, варто спитати, чи в змозі він продовжувати і якщо відповідь «ні» - виконання вправи треба припинити та дати час для того, щоб клієнт заспокоївся.

Якщо ж вправа була проведена успішно, то після виконання проводиться бесіда, мета якої проаналізувати переживання клієнта та його ставлення до ситуацій, які він уявляв. Разом з цим потрібно дійти висновку, чому клієнт не зміг вирішити травматичну ситуацію раніше та може він її вирішити зараз. Якщо клієнт стверджує, що не може, потрібно проаналізувати це та визначити, яких умов або ж рис характеру йому для цього бракує. Варто звернути увагу на те, чи змінились старі переживання на нові після виконання вправ, як змінилось самопочуття клієнта.

Закінчується зустріч обговоренням проведеної роботи та вражень клієнта. За необхідності можна надати клієнту домашнє завдання, або продублювати минуле.

## Зустріч 4

Дана зустріч стандартно починається з обговорення домашнього завдання та стану клієнта, як фізичного так і емоційного. На початку консультант та клієнт обговорюють проведену роботу, ставлення клієнта до проблеми та запиту, успіхи та складнощі клієнта в виконанні вправ, роботи чи домашнього завдання. Консультант та клієнт аналізують зміни в стані клієнта та приймають рішення: чи працювати їм за програмою далі, чи повернутися до минулих етапів з метою корекції проведеної роботи.

Якщо результати попередньої роботи були визначені як позитивні, то консультант пропонує клієнту пройти останню вправу даної програми з техніки «Досвід безперервності емоцій».

### Вправа 4

Клієнту пропонується виконати кілька простих тілесних рухів, наприклад: стиснути та розслабити щелепи, стиснути кулаки, почати важко дихати. При цьому бажано, щоб клієнт заплющив очі, для більш чіткого сприйняття власних почуттів. Під час виконання рухів клієнт має вловити в собі смутне відчуття – в даному випадку це фрустрований страх. Після цього, клієнт повторює рухи, але уявляє собі людину або умову, яка викликає цей страх та концентрує увагу на почуттях, які при підключенні уяви розпалюються з повною силою. Так і навпаки, в присутності когось або чогось фруструючого для клієнта, він може помітити, що не відчуває настільки ясних емоцій, поки не почне виконувати вищезазначені рухи [20].

Після завершення вправи консультант з клієнтом обговорюють результати та переживання клієнта під час виконання. Консультант може



запитати в клієнта про те, що той бачив під час роботи уяви, що може в подальшому допомогти більш чітко встановити причину появи психосоматичного розладу, проте консультант не має наполягати на відповіді, керуючись лише згодою та бажанням клієнта.

Зустріч закінчується обговоренням проведених вправ, самопочуття клієнта, уточненням плану наступної зустрічі та домашнім завданням для клієнта, яке полягає в записі нових проявів психосоматичних розладів, тривожних станів та емоцій клієнта в цей час.

## Зустріч 5

Ця зустріч потрібна для перевірки попередньої роботи, з'ясування того, наскільки змінився стан клієнта з моменту початку роботи та під її кінець. Чи змінилася частота проявів та інтенсивність тривожних станів, чи навчився клієнт розуміти власні відчуття та чи змінилося його ставлення до напружених ситуацій і проблеми, з якою він звернувся. Також потрібно обговорити домашнє завдання та оцінити рівень прогресу, який було досягнуто на даний момент.

Якщо все ж таки з'ясується, що клієнт досі має проблеми з тим запитом, з яким він повернувся, або з'явилися нові нюанси, які ставлять під сумнів ефективність проведеної роботи, то варто повернутися до попередніх етапів.

Якщо ж клієнта та консультанта все влаштовує, можна говорити про те, що поставлена на самому початку мета була частково або в повному обсязі досягнута.

Метою останньої зустрічі є перевірка та закріплення результатів, а також розрив зв'язків, які утворилися між клієнтом та психологом під час роботи.

За час роботи, внаслідок створення психологом позитивної та доброзичливої атмосфери, клієнт може бути не готовий до розриву стосунків із консультантом. Для запобігання цього, психолог має тримати непомітну дистанцію та з кожною зустріччю збільшувати її, при цьому надаючи клієнту впевненості в своїх силах, щоб після закінчення роботи той був сам готовий завершити спілкування. Якщо ж цього не трапляється, то є сенс провести ще одну – дві зустрічі з метою віддалення клієнта від психолога.

### **Висновки до третього розділу**

Напрямок гештальт-терапії є дієвим підходом для психологічної корекції тривожних станів та викликаних ними психосоматичних розладів у студентів вищих навчальних закладів, оскільки робота в рамках даного напрямку відбувається як із тривожними станами, так і з почуттям власного тіла студентів.

Беручи до уваги, що частіше ознаки підвищеної тривожності у студентів виникають при певних обставинах, чи то складання іспиту, захист роботи чи зустріч з викладачем, для корегування нами було обрано ситуативну тривожність. Тим не менш, дана програма є універсальною та може бути використана для корекції підвищеного рівня особистісної тривожності та викликаних нею проявів психосоматичних розладів у студентів.

Основа гештальт-терапії була закладена в 1940-х роках Фредеріком Перлзом, його дружиною Лаурою Перлз та Полом Гудменом. Головним підходом в даному напрямку є експериментально-феноменологічний підхід. Клієнту пропонується ставити експерименти за допомоги консультанта та спостерігати за феноменами, які з'являються під час виконання даних експериментів. Прикладом такої форми роботи може бути розповідь клієнта про його проблему, історію з його життя, уявити теоретичну ситуацію, тощо. За допомогою такого підходу до проблеми можна досягнути створення та укріплення закритого гештальту клієнта.

Розроблена нами програма базується цілком на гештальт-терапії та використовує методи даного напрямку з метою навчання клієнта більш

точному відчуттю власного тіла, процесів та почуттів, які в тілі протікають. Окрім того, дана програма передбачає виконання вправ на корекцію тривожних станів шляхом усвідомлення та аналізу власних переживань, що може допомогти клієнту більш точно зрозуміти, що саме викликає тривожні стани та уявити як з цим впоратися.

## ВИСНОВКИ

Вивчення проблеми ситуативної та особистісної тривожності студентів, та психосоматичних розладів, які можуть бути викликані цими станами має за плечами великий шлях дослідження та безліч годин, присвячених дослідженню цього питання.

Емоції відіграють величезну роль в житті людини та є невід'ємною частиною цього життя, проте надмірно інтенсивні переживання можуть стати причиною стресу, який є комплексною реакцією на перенапруження організму та може бути викликаний не лише негативними переживаннями, а й позитивними, якщо їх буде занадто багато.

Як відомо, навчання в вищому навчальному закладі є досить насиченим періодом в житті людини, повним найрізноманітніших переживань, як то страх при складанні іспиту, зміна звичного шкільного оточення, сум при отриманні поганих результатів екзамену чи радість при досягненні певних успіхів в навчанні. Однак, життя студента не обмежується стінами університету, тож бурхливі переживання та емоції очікують його в повсякденному житті, наприклад, в родині чи в любовних стосунках, тощо.

Одним з перших, хто поклав камінь в фундамент вивчення даної проблеми був З. Фрейд, який описав стан тривоги як емоційний, який поєднує в собі очікування, невизначеності та почуття безпорадності. Студенти схильні відчувати страх перед вступом до вищого навчального закладу, складанням іспитів, знайомства з новими людьми, тощо і, в свою чергу, цей страх та почуття тривоги чинять вагомий вплив на фізичне та

емоційне самопочуття студента. Разом з тим, підвищений рівень тривожності чинить вплив на професійну спрямованість студентів.

Для дослідження рівня ситуативної і особистісної тривожності та скарг студентів на прояви психосоматичних розладів, нами було проведене дослідження, в якому прийняли участь 100 студентів віком від 19 до 26 років з СумДУ, КНЛУ та НМУ ім. О. О. Богомольця.

За результатами дослідження нами було визначено, що у опитаних студентів присутній вагомий взаємозв'язок між скаргами на прояви психосоматичних розладів та особистісною тривожністю. Найбільший рівень кореляції був знайдений між особистісною тривожністю та скаргами на проблеми шлунково-кишкового тракту. Для ситуативної тривожності був знайдений взаємозв'язок з скаргами на почуття виснаження та скаргами ревматичного спрямування. В результаті розподілу вибірки на дві групи за статтю нами не було значних відхилень в показниках, тож можна стверджувати, що особистісна і ситуативна тривожність та прояви психосоматичних розладів не залежать від статі студента.

Таким чином ми можемо говорити про наявність взаємозв'язку між рівнем тривожності студентів та їх скаргами на прояви психосоматичних розладів, з чого випливає, що висунута нами гіпотеза є підтвердженою.

Напрямок гештальт-терапії є дієвим підходом для психологічної роботи з тривожними станами та психосоматичними розладами, які викликаються ними. Основною метою гештальт-терапії є створення та укріплення цілісної структури особистості, іншими словами – гештальту клієнта. Даний напрямок може бути ефективним при роботі з негативним досвідом минулого, який є причиною виникнення ситуативної або ж особистісної тривожності.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Мартинова А. Г., Кодочигова А. І., Кірічук В. Ф, Ніколенко В. М., Деміна Т. М. Марєєва Т. І. Роль психофизиологических и антропометрических характеристик в возникновении психосоматической патологии: недостаточная масса тела фактор риска? *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2007. №3 (17), С 26–28.

URL: [https://cyberleninka.ru/article/n/rol-psihofiziologicheskikh-i-antropometricheskikh-harakteristik-v-vozniknovenii-psihosomaticheskoj-patologii-nedostatochnaya-massa/viewer](https://cyberleninka.ru/article/n/rol-psihofiziologicheskikh-i-antropometricheskikh-harakteristik-v-vozniknovenii-psihosomaticheskoj-patologii-nedostatochnaya-massa-tela-faktor-riska?from_open_access_journal).

2. Долгих В. Т. Общая патофизиология (лекции для студентов и врачей). 2-ге видання. Нижній Новгород : НГМА, 1997. 108 с.

URL: <https://studfile.net/preview/6065943/>

3. Люкимсон П. Е. Фрейд: История болезни. М. : Молодая гвардия: 2014. 464 с.

URL: <https://biography.wikireading.ru/47258>

4. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. 5-е издание, дополненное. СПб : Питер СПб, 2014. 896 с.

URL: [http://elibrary.bsu.az/books\\_163/N\\_79.pdf](http://elibrary.bsu.az/books_163/N_79.pdf)

5. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М. : Ин-т общегуманитарных исследований: 2009. 320 с.

URL: [https://www.bookol.ru/nauka\\_obrazovanie/psihologiya/184161.htm](https://www.bookol.ru/nauka_obrazovanie/psihologiya/184161.htm)

6. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1904.  
URL: <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1904/pavlov/facts/>
7. Ротенберг В. С., Аршавский В. В. Поисковая активность и адаптация. М. : Наука, 1984. 192 с.  
URL: <https://mybook.ru/author/viktor-arshavskij/poiskovaya-aktivnost-iadaptaciya/read/?page=1>
8. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога. М. : ЭКСМО, 2005. 992 с.  
URL: <http://www.stomfaq.ru/spravochnik-prakticheskogo-psihologa-moskva-eksmo-2005-bbk-88/index34.pdf>
9. Сидоров П. И. Клиническая психология. М. : ГЭОТАР-медиа, 2010. 880 с. URL: <https://studfile.net/preview/6749373/>
10. Freud S. On psychotherapy (1905) *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. С. 1563.  
URL: [https://www.valas.fr/IMG/pdf/Freud\\_Complete\\_Works.pdf](https://www.valas.fr/IMG/pdf/Freud_Complete_Works.pdf)
11. Губачев Ю. М., Стабровский Е. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. М. : Медицина, 1981. 216 с.  
URL: <https://www.twirpx.com/file/1042515/>
12. Литвинцев С. В. Некоторые проблемные и дискуссионные вопросы психосоматических соотношений и соматоформных расстройств с позиций клинической психиатрии. *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. 2008. № 3, С. 80–89.  
URL: [https://psychiatr.ru/files/magazines/2018\\_09\\_obozr\\_1355.pdf](https://psychiatr.ru/files/magazines/2018_09_obozr_1355.pdf)
13. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб : Речь, 2002. 560 с.  
URL: <http://bwbooks.net/index.php?id1=4&category=medicina&author=antropov-uf&book=2002&page=1>
14. Смулевич А. Б. Лекции по психосоматике. М. : Медицинское информационное агенство, 2014. 352 с.

URL: [https://www.koob.ru/smulevich\\_a\\_b/lektsii\\_po\\_psikhosomatike](https://www.koob.ru/smulevich_a_b/lektsii_po_psikhosomatike)

15. Личко А. Е. Психология отношений как теоретическая концепция в медицинской психологии и психотерапии. *Журн. Неврол. и психиатр. Им. С. С. Корсакова*. 1977. № 12. С. 1833–1838.

16. Палий И. Г., Резниченко И. Г., Севак Н. М. Психосоматические расстройства в гастроэнтерологической практике: особенности клинического течения и медикаментозной терапии. 2007.

URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/1794>

17. Лекрон Л. М. Хорошая сила (Самогипноз). *Вокруг света*. 1992.

URL: <https://psy.wikireading.ru/38651>

18. Родермель Т. А. Психологический взгляд на причины происхождения психосоматических заболеваний. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2016. С. 62–63.

URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=9999>

19. Великанова Л. П. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы (Часть 1). *Социальная и клиническая психиатрия*. 2005.

URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihosomaticheskie-rasstroystva-sovremennoe-sostoyanie-problemy-chast-1/viewer>.

20. Дзеружинская Н. А. Техники психотерапии при ПТСР. Киев: Украинская военно-медицинская академия, 2014.

URL: [https://bookap.info/book/dzeruzhinskaya\\_tehniki\\_psihoterapii\\_pri\\_ptsr/gl7.shtml](https://bookap.info/book/dzeruzhinskaya_tehniki_psihoterapii_pri_ptsr/gl7.shtml).

21. Фрейд З. Введение в психоанализ. СПб: Питер СПб, 2007

URL: [http://loveread.ec/view\\_global.php?id=8775](http://loveread.ec/view_global.php?id=8775)

22. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога: Учеб. Пособие. 2-е видання. Москва: ВЛАДОС, 1999

URL: [http://pedlib.ru/Books/1/0468/1\\_0468-1.shtml](http://pedlib.ru/Books/1/0468/1_0468-1.shtml)



23. Логинова И. О., Волкова О. В., Дусказиева Ж. Г. Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал. Красноярск, 2012

URL: <https://psy.krasgmu.ru/archive/2012.pdf#page=453>

24. Прихожан А. М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. 2-е издание. СПб: Питер СПб, 2009

URL: [http://loveread.ec/view\\_global.php?id=49342](http://loveread.ec/view_global.php?id=49342)