

Міністерство освіти і науки України
Київський столичний університет імені Бориса Грінченка
Факультет психології, соціальної роботи та спеціальної освіти
Кафедра практичної психології

Випускна кваліфікаційна робота магістра

АДАПТИВНІ МОЖЛИВОСТІ АТРИБУТИВНОГО СТИЛЮ ОСІБ
З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Шифр групи: ППм-1-24-1.4з

Спеціальність: 053 Психологія (Практична психологія)

Салата Оксана Олексіївна

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук,

доцент кафедри практичної психології

Клібайс Тетяна Володимирівна

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
Розділ 1. Теоретичні основи вивчення адаптивних можливостей атрибутивних стилів осіб з психосоматичними розладами	
1.1. Концептуальні аспекти дослідження проблеми психосоматичних розладів.....	8
1.2. Адаптивна функція атрибутивного стилю особистості.....	16
1.3. Особливості взаємозв'язку адаптивних можливостей атрибутивного стилю особистості та психосоматичних розладів.....	23
Висновки до розділу 1.....	30
Розділ 2. Емпіричне дослідження особливостей взаємозв'язку адаптивних можливостей атрибутивного стилю особистості та психосоматичних розладів	
2.1. Організація та методи дослідження взаємозв'язку адаптивних можливостей атрибутивного стилю та психосоматичних розладів.....	33
2.2. Аналіз результатів дослідження особливостей взаємозв'язку адаптивних можливостей атрибутивного стилю та психосоматичних розладів.....	37
2.3. Методичні рекомендації щодо профілактики та допомоги при психосоматичних розладах.....	57
Висновки до розділу 2	60
ВИСНОВКИ	62
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність дослідження. Однією з найбільш актуальних проблем сьогодення є проблема зростання психосоматичних розладів як у дітей, так і в дорослих. Ця проблема не втрачає своєї актуальності в зв'язку з розширенням кола різноманітних психотравмуючих факторів. В Україні ця проблема набула широкого поширення у зв'язку з широкомасштабною агресією російської федерації. Актуальність дослідження взаємозв'язку атрибутивних стилів осіб з психосоматичними розладами визначається невеликою кількістю досліджень, як у сфері атрибутивного стилю особистості, так і психосоматичних розладів. Дослідження атрибутивного стилю було започатковане у XX столітті, зарубіжними вченими (М. Селігманом, Б. Вайнером) і продовжили його Раньйон М. К. та Кенні М. К., Бейкер С. Байєс. М. Ковінгтон, С. Грем.

В Україні ця проблематика вивчалася у контексті впливу середовища на фізіологічні характеристики особистості та її поведінку в суспільстві Т.В. Клібайс, Н.В. Старинська, Т. Циганчук, Є.М. Євланова, О.А. Дудник.

Психосоматичні захворювання є властивістю людського організму як системи в цілому. Воно виникає в результаті взаємодії між психічними та фізіологічними процесами особи з оточуючим середовищем. І лише розуміння цих зв'язків може дати можливість ефективно впливати на захворювання, що виникло, в тому числі й засобами психотерапії. Наявність спільної ознаки – безперечна участь психологічних механізмів в патогенезі та в підтримці цієї групи порушень здоров'я – дозволило об'єднати їх під загальною назвою – психосоматичні функціональні захворювання. Відтак, одним із пріоритетних напрямів посилення уваги до феномену психосоматичних розладів пояснюється як зростанням розуміння їх ролі в життєдіяльності особистості на сучасному етапі розвитку суспільства.

Мета дослідження – виявити психологічні особливості взаємозв’язку психосоматичних розладів та адаптивних можливостей атрибутивних стилів особистості.

Відповідно до мети визначено **завдання**:

1. дослідити теоретичні основи вивчення атрибутивних стилів осіб з психосоматичними розладами
2. виявити взаємозв’язок психосоматичних розладів та адаптивних можливостей атрибутивного стилю особистості на основі теоретичного аналізу проблеми;
3. емпірично дослідити особливості взаємозв’язку атрибутивних стилів осіб та їх адаптивних можливостей з психосоматичними розладами.

Шляхами реалізації мети та завдань дослідження: узагальнення теоретичних даних, аналіз наукових, соціологічних, психологічних, соціально-педагогічних джерел; системно-структурний аналіз літературних джерел та нормативних документів; дослідження основних концептуальних аспектів дослідження проблеми психосоматичних розладів та теоретичних засад психологічних особливостей атрибутивних стилів особистості, розкрити теоретичні аспекти взаємозв’язку між ними; дослідити особливості взаємозв’язку психосоматичних розладів та атрибутивних стилів особистості.

кількісної обробки даних: коефіцієнту лінійної кореляції Пірсона – для визначення особливостей взаємозв’язку психосоматичних розладів та адаптивних можливостей атрибутивних стилів особи; **інтерпретаційних методів:** обробки даних, пояснення, узагальнення – для інтерпретації отриманих емпіричних даних щодо визначення особливостей взаємозв’язку психосоматичних розладів та адаптивних можливостей атрибутивних стилів.

Обробка даних проводилася із застосуванням комп’ютерного пакету статистичних програм Statistical Package for Social Science (SPSS 15.0 for Windows).

ВСТУП

Актуальність дослідження. Однією з найбільш актуальних проблем сьогодення є проблема зростання психосоматичних розладів як у дітей, так і в дорослих. Ця проблема не втрачає своєї актуальності в зв'язку з розширенням кола різноманітних психотравмуючих факторів. В Україні ця проблема набула широкого поширення у зв'язку з широкомасштабною агресією російської федерації. Актуальність дослідження взаємозв'язку атрибутивних стилів осіб з психосоматичними розладами визначається невеликою кількістю досліджень, як у сфері атрибутивного стилю особистості, так і психосоматичних розладів. Дослідження атрибутивного стилю було започатковане у XX столітті, зарубіжними вченими (М. Селігманом, Б. Вайнером) і продовжили його Раньйон М. К. та Кенні М. К., Бейкер С. Байєс. М. Ковінгтон, С. Грем.

В Україні ця проблематика вивчалася у контексті впливу середовища на фізіологічні характеристики особистості та її поведінку в суспільстві Т.В. Клібайс, Н.В. Старинська, Т. Циганчук, Є.М. Євланова, О.А. Дудник.

Психосоматичні захворювання є властивістю людського організму як системи в цілому. Воно виникає в результаті взаємодії між психічними та фізіологічними процесами особи з оточуючим середовищем. І лише розуміння цих зв'язків може дати можливість ефективно впливати на захворювання, що виникло, в тому числі й засобами психотерапії. Наявність спільної ознаки – безперечна участь психологічних механізмів в патогенезі та в підтримці цієї групи порушень здоров'я – дозволило об'єднати їх під загальною назвою – психосоматичні функціональні захворювання. Відтак, одним із пріоритетних напрямів посилення уваги до феномену психосоматичних розладів пояснюється як зростанням розуміння їх ролі в життєдіяльності особистості на сучасному етапі розвитку суспільства.

Об'єкт дослідження – психосоматичні розлади та атрибутивні стилі особистості.

Предмет дослідження – психологічні особливості взаємозв'язку психологічних розладів та адаптивних можливостей атрибутивних стилів особистості.

Мета наукового дослідження – виявити психологічні особливості взаємозв'язку психосоматичних розладів та адаптивних можливостей атрибутивних стилів особистості.

Гіпотеза дослідження: припускаємо, що існує взаємозв'язок рівня вираженості окремих форм розладів та адаптивних характеристик атрибутивного стилю, врахування яких може сприяти виявленню основних причин психосоматичного розладу та психологічних характеристик досліджуваних осіб.

Завдання дослідження:

1. дослідити теоретичні основи вивчення атрибутивних стилів осіб з психосоматичними розладами;
2. виявити взаємозв'язок психосоматичних розладів та адаптивних можливостей атрибутивного стилю особистості на основі теоретичного аналізу проблеми;
3. емпірично дослідити особливості взаємозв'язку атрибутивних стилів осіб та їх адаптивних можливостей з психосоматичними розладами.

Методи дослідження: дослідження здійснювалось із використанням таких методів: *теоретичних:* аналізу, синтезу, порівняння, класифікації, узагальнення та систематизації – для висвітлення основних концептуальних аспектів дослідження проблеми психосоматичних розладів та теоретичних засад психологічних особливостей атрибутивних стилів особистості, розкриття теоретичних аспектів взаємозв'язку між ними; *емпіричних:* констатувального експерименту (опитувальники, тести) – для емпіричного дослідження особливостей взаємозв'язку психосоматичних розладів та атрибутивних стилів особистості; *кількісної обробки даних:* коефіцієнту лінійної кореляції Пірсона – для визначення особливостей взаємозв'язку психосоматичних розладів та адаптивних можливостей атрибутивних стилів

особистості; *інтерпретаційних методів*: обробки даних, пояснення, узагальнення – для інтерпретації отриманих емпіричних даних щодо визначення особливостей взаємозв'язку психосоматичних розладів та адаптивних можливостей атрибутивних стилів. Обробка даних проводилася із застосуванням комп'ютерного пакету статистичних програм Statistical Package for Social Science (SPSS 15.0 for Windows).

База дослідження: базою дослідження є Київський столичний університет імені Бориса Грінченка, школи м. Києва. Емпіричне дослідження особливостей взаємозв'язку психосоматичних розладів та атрибутивних стилів особистості буде здійснюватись у 2025 р. в режимі електронного тестування (з використанням електронної пошти).

Вибірка: 50 вчителів у віці 27-60 років (середні школи м. Києва).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ АДАПТИВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ АТРИБУТИВНИХ СТИЛІВ ОСІБ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

1.1. Концептуальні аспекти дослідження проблеми психосоматичних розладів

Передусім, щоб почати розглядати концептуальні аспекти дослідження психосоматичних розладів варто визначитись з поняттям «психосоматика».

Психосоматика – це міждисциплінарна наука, що знаходиться на стику психології та медицини, яка описує особливість виникнення хворобливих станів тіла людини безпосередньо не через фізичні зумовленості, а через специфіку роботи психіки під час стресових ситуацій, що якраз і спричиняє фізичні недуги. Одна із головних причин психосоматичних захворювань криється в особистісній реакції індивіда на стресові ситуації. У свою чергу, патерн поведінки закладається в дитинстві вихованням батьків чи опікунів, що звертає нас до теорії Фрейда. Стрес з'являється у невідповідних та завищених очікуваннях щодо реальності, тобто відбувається конфлікт «Супер его» із «Его». Якщо цей конфлікт є не усвідомленим, де не застосовані жодні стратегії копінгу, конфлікт переноситься на рівень «Воно», тобто відбувається механізм витіснення із подальшою соматизацією (Огоренко, 2019).

Психосоматичні хвороби є часто викликаними неспроможністю суб'єкта відверто відреагувати на неординарну подію в той самий момент часу, коли б це за логікою речей мало відбутися. Ситуація значно погіршується, коли особу спіткає серія значимих подій, здебільшого з негативним забарвленням, які виявляються сильними подразниками на вегетативну та лімбічну системи людського організму (Чабан, 2023). У людей це влаштовано складніше і тому часто виявляється на соціальному рівні, як деякі порушення правил етикету, що супроводжуються в подальшому соціальними санкціями.

Психосоматика як особлива нова галузь знань на сучасному етапі її розвитку досліджує соціально-культурні, психологічні, медичні, економічні й екологічні чинники виникнення соматичних дефектів. Враховуючи, що людина не лише фізичне явище, а й духовний індивід, виникає необхідність вивчати її як соціально-психологічний об'єкт. Наразі, цілісність людського існування – поняття набагато більш складне, ніж поняття “психосоматична єдність” двох аспектів людського існування – психологічного і тілесного. Важливо у цьому контексті враховувати соціальні та культурні чинники. Ті дослідження психосоматики, які вже були здійсненні показують, що першочерговими чинниками розвитку захворювань є емоційні й особистісні тригери. Саме такі умови вказують на те, що розвиток психосоматики як наукового напрямку в психології обов'язково включає подальші глибокі дослідження фізично здорової особистості. Звідси проблема психосоматичних захворювань є сьогодні однією із важливих та пріоритетних завдань психології. Важливою є участь психологічних механізмів у патогенезі і порушеннях здоров'я особистості, яка вказує на існування психосоматичних функціональних розладів. Оскільки механізми розвитку психосоматичних функціональних захворювань на даному етапі наукових розвідок є суперечливими маємо недостатньо знань про стандарти діагностики та лікування таких хворих (Бамбурак, 2019).

Німецький психіатр Хайнрот вперше використав термін «психосоматичний» у 1818 році. У 1922 році Фелікс Дойч ввів термін «психосоматична медицина». Психосоматичні розлади є наслідками шкідливого впливу, який виникає внаслідок психічних впливів на органічний контроль тканин. На його думку, психосоматичні розлади визначаються як розлади, що характеризуються фізіологічними змінами, які виникають, принаймні частково, під впливом емоційних факторів (Димоле, 2016, 2012).

Термін «психосоматичні розлади» визначає тілесне захворювання внаслідок психічного або емоційного тривожного впливу, в якому психологічний стрес впливає антагоністично на фізіологічні (соматичні)

процеси, що призводить до дистресу. DSM-II (прийнята в США діагностична і статистична номенклатура психічних розладів) у 1968 році визначає психосоматичні розлади як «психосоматичні симптоми, які викликані емоційними факторами і охоплюють одну систему органів, як правило, під іннервації вегетативної нервової системи» (Бахман, 2004).

Термін «психосоматичний» походить від грецького слова «psyche» (психіка) і «сома» (тіло). У стародавні часи «психіка» означало «душа або розум», а останнім часом його стали називати поведінка. Сома - це тіло організму. Воно використовується для позначення різноманітних понять - від хвороб до біопсихосоціальних біопсихосоціальних досліджень до консультативної роботи і часто використовується для зневажливого зображення хвороби (Чандрашекхар, Мат, 2006).

Психічні стани впливають на органи тіла через поєднання трьох взаємопов'язаних компонентів: нервового, гормонального та імунологічного. За свідомою командою мозку рухові нейрони відповідають за довільні рухи, такі як стискання зубів. Під час стресу стискання зубів за участю тих самих мотонейронів, може також відбуватися стискання зубів, але акт може не бути добровільним і усвідомленим. У відповідь на стрес активується гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь і симпатична нервова система.

Індивідуальна специфічна, хоча і непередбачувана, обумовленість специфічного зіткнення або стресу до певної тілесної несправності може бути життєво важливою психосоматичною системою. Незважаючи на те, що імунна система захищає організм від патогенів, доведено, що стрес і хвилювання можуть послабити імунну систему проти чужорідних тіл. Виявляється, що презентація несприятливих обставин у житті, наприклад, усамітнення життя, послаблює імунну систему організму (Бахман, 2018).

Існує дві концепції, що пояснюють взаємозв'язок між «Психікою» і «Сомою». Перша - специфічна гіпотеза Припускає, що специфічні емоційні конфлікти та особистісні призводять до специфічного пошкодження клітин і тканин.

Якщо виникає певний стимул, емоційний конфлікт або стрес, він виражається у специфічній реакції або захворюванні генетично визначеному органі.

Після того, як стрес пригнічується за допомогою АНС, однак симпатичні реакції можуть залишатися в стані готовності до підвищеної агресії або втечі, або парасимпатична нервова система реакції можуть бути змінені для підвищення вегетативної активності. Такі тривала настороженість і напруга можуть спричинити фізіологічні розлади і, зрештою, патологію органів або внутрішніх органів. Наприклад виразкова хвороба.

Друга – неспецифічна гіпотеза припускає, що загальний стрес створює передумови для низки не обов'язково наперед визначених захворювань.

Згідно з цією гіпотезою, існує чотири типи реакцій на стрес: невротичний, коли сигнал тривоги занадто великий, захист не спрацьовує; психотичний, при якому тривога може бути неправильно сприйнята або навіть ігноруватися; здоровий нормальний, коли за настороженістю слідує захисні дії; психосоматичний, при якому захист психіки стає неефективним, і тривога переходить у соматичні симптоми, що викликають зміни в тканинах організму (Нагабхушана, Б. Баладжі, 2004).

Розуміння людиною, що в неї розвивається патологія відбувається досить повільно. У цій ситуації звернення до лікаря чи психолога є необхідним. Проблема виникає в тому, за цей період відбуваються зміни в організмі людини, знижується опірність організму хворобі та ін. Відповідно до визначення запропонованого Симулевичем А.Б. психосоматичні розлади – це група хворобливих станів, які виникають у процесі взаємодії психічних і соматичних факторів і представляються у вигляді соматизації психічних порушень та психічних захворювань які фахівці фіксують як наслідок соматичних відхилень

У праці Сєдих К.В. зазначено, що психосоматичні захворювання – це захворювання головною причиною яких є психічні процеси хворого зумовлені проявом таких емоційних станів як гнів, тривога, депресія, почуття провини і

т.п. (Сєдих, 2017). У сучасній медицині поняття "психосоматичні захворювання" розглядається як група хворобливих станів, які проявляються у формі езацербачії соматичної патології, формуванні загальних, що виникають під час взаємодії соматичних і психічних порушень, що відображають реакцію на психічне захворювання (Перетятко, 2017).

Поняття "психосоматичні захворювання" або "психосоматичні розлади" у психологічній та медичній науках має безліч трактувань та схожих назв запропонованих різними вченими, існує узагальнене визначення, здійснене у системі DSM. Так з того моменту, як було введено американську систему класифікації DSM-III, психосоматичні захворювання почали називати "соматоформними розладами". У той же час, із зазначеними поняттями, у медичній науці використовують "функціональні соматичні порушення" (Перре, 2012).

Визначаючи природу психосоматичних розладів Ф. Александер робить припущення про вплив трьох основних чинників: особистісної диспозиції, конструкції та ситуація, яка виникає на різних етапах життя і виконує роль чинника, який активізує та каталізує неусвідомлений конфлікт (Александер, 1953). Розлади стають наслідком того, що людина замикає в собі емоції і це, в свою чергу, приводить до порушення функцій вегетативних органів (Букатару, 2020).

У дослідженнях багатьох психологів особливої актуальності набуває питання особливих умов для розвитку психосоматичних розладів. Досліджуючи Висновки таких дослідників як Волошко Н. І., Сєдих К. В., Перетятко Л. Г. та інші мають спільний погляд на те, що негативні емоції є одним із ключових факторів, що лежать в основі формування та розвитку психосоматичних розладів (Влошко, 2015, Сєдих, 2017, Перетятко, 2017).

Отже, відповідно до висновків, до яких дійшов Сєдих К.В. емоції здійснюють вплив на: систему імунітету людини, її гормональний баланс; фізіологічну активність (частоту серцебиття, артеріальний тиск).

М. Перре у своїх працях визначав, вплив емоцій на фізіологічний стан людини, у цьому контексті він досліджував вплив гніву на серцево-судинну систему. Отже, він дійшов висновку про те, що гнів призводить до есенціальної гіпертонії (підвищеного кров'яного тиску), яка надалі сприяє розвитку стенокардії, інфаркту міокарда (М. Перре, 2012).

Г. Сельє, здійснивши низку досліджень зробив висновки про те, що стрес сприяє розвитку виразкових хвороб та порушень у роботі ендокринної системи. Зокрема, у результаті проведеного дослідження на щурах було здійснено на них вплив, активізуючи постійну дію стресових факторів (Сельє, 2016).

В. Кенон здійснюючи опис фізіології емоцій, вказує на те, що саме внаслідок таких емоцій рівень цукру в крові зростає, підвищується частота серцевих скорочень та артеріальний тиск, а це показує безпосередній вплив емоцій людини із роботою її соматичних систем (Букатару, 2020).

Психопатологія визначає важливі причини розвитку і прояву психосоматичних розладів, об'єднуючи їх у три основних групи: церебрально-органічні спадкові та психосоціальні.

Сучасна психологічна наука психосоматичними захворюваннями вважає хвороби, психологічні фактори в етіопатогенезі яких є доведеною: есенціальна гіпертензія; виразкова хвороба 12-палої кишки та виразковий коліт; бронхіальна астма; цукровий діабет; нейродерміти; ревматоїдний артрит; ендокринні порушення (гіпер- та гіпотиреоз).

Певними ознаками можна вважати такі хвороби як міома матки, ішемічна хвороба серця та інші (Волошко, 2015).

Важливою спробою класифікації психоневрологічних розладів є класифікація, яку запропонував К. Ясперсом. В її основі знаходяться визначенні ключові психосоматичні аспекти.

Першим аспектом К. Ясперс визначив соматичні відчуття, які з'являються у кожної людини в процесі життя. Пропонуючи власну класифікацію вчений зазначає, що відчуття, які виникають, є

недиференційованими та низько усвідомленими, але разом із тим, він веде мову і про патологічні відхилення, такі як: психогенна анестезія, симптоми істерії, галюцинації та псевдогалюцинації, біль, що не має органічної основи (Ясперс, 2014).

Іншим аспектом ним було запропоновано перманентні соматичні явища, які можуть супроводжувати будь-яку психічну активність (фізіологічний вияв емоцій).

І, нарешті, третій аспект – соматичні хвороби, які на пряму пов'язані із рівнем психічної активності людини. Серед них він виокремимо наступні види: напади та непритомність (напади психогенного характеру, які проявляються як результат активного психічного збудження); функціональні дисонанси в роботі внутрішніх органів людини (збої в роботі кровоносної системи, зміни голосу, слуху, а також прояв псевдоневрологічних симптомів – тремору, заїкання тощо); соматичні захворювання, які К. Ясперс визначає як реакцію "душі", пояснюючи, що "душа" обирає і впливає на найбільш слабкі органи, зокрема такі як гастрит, виразкова хвороба, бронхіальна астма, тощо; дефекти комплексних інстинктивних поведінково-вчинкових паттернів (дисфункції сексуальні, різкі зміни у вазі, ендокринні порушення тощо).

Наразі, запропонована К. Ясперсом класифікація психоневрологічних розладів стала основною і дала можливість іншим застосовувати різні прийоми під час систематизації знань про види психічних захворювань, за рахунок того, що саме К. Ясперс врахував всі можливі вияви емоцій та функціональних неврозів внутрішніх органів (Ясперс, 2014).

Отже, під час дослідження поняття "психосоматика" вчені запропонували три основні підходи концептуалізації патологічних станів, де наявними є соматизовані симптоми: учення про істерію, іпохондрію та меланхолію. Зокрема, наявність в їх клінічній картині соматизованих симптомів сприяло тому, що зміст цих клінічних понять неодноразово видозмінювався, патологічні стани об'єднувалися, розчиняючись один в одному, або вивчалися окремо (Бамбурак, 2019).

У цьому ж контексті вченими було обґрунтоване знання про синестезію, або загальну чутливість та її розлади – синестопатію, що вже став базовим елементом теорії іпохондрії. Дослідники пропонують нам дві її форми: сенсоіпохондрію – із переважанням розладів сенестезії та ідіоіпохондрію – з нав'язливими і надцінними іпохондричними утвореннями та вторинним порушенням сенестезії, що визначає клініку. Варто також зазначити, що вже з початку нозологічного періоду іпохондрія втрачає статус окремої хвороби і більшістю дослідників розглядається як синдромальна або метасиндромальна, яка може спостерігатися при депресії, тривозі, шизофренії та інших розладах (Бамбурак, 2019).

У сучасній психологічній науці парадигма іпохондрії не була суттєво змінена, аж до теперішнього часу. Тому іпохондричними визнаються розлади пограничного рівня, де переважають когнітивні порушення і вітальною заклопотаністю (ідіоіпохондричні).

Наразі, систематичне вивчення істерії представниками психоаналітичного напрямку сприяло формуванню основних понять, таких як дисоціація, конверсія, соматизація, що сучасною наукою розглядаються в контексті психологічного захисту і порівнюються з гіпотетично уявними механізмами істеричних порушень (Бамбурак, 2019). Важливими, але не основними ознаками істеричних розладів вчені бачать “прекрасну байдужість” і “умовну бажаність”, ситуаційну залежність, лабільність, емотивність симптоматики. У той же час, вияви істеричної соматизації феноменологічно характеризуються представництвом переважно у сфері довільної іннервації, а також предметністю або образністю, що досягають рівня тілесних фантазій (Бамбурак, 2019).

Висновки. Таким чином, психосоматику вважають міждисциплінарним науковим напрямком, який досліджує соціальні та культурні, психологічні, медичні, економічні й екологічні фактори проявлення соматичних захворювань. Сучасна психологічна наука потребує розвитку і суміжного з психосоматикою вчення, такого як психологія здоров'я, яке обґрунтовує

психологічні чинники ризикованої та безпечної поведінки. Цілісність людського існування – поняття набагато більш складне, ніж поняття “психосоматична єдність” двох аспектів людського існування – психологічного і тілесного. Варто зазначити, що іноді ігноруються соціальні та культурні фактори. Розглянуті теоретичні дослідження з вивчення психосоматики показують, що першочерговими чинниками появи та формуванню захворювань стають емоційні й особистісні тригери. За таких умов подальший розвиток психосоматики як наукового напрямку в межах психологічного знання задіює подальші ґрунтовні дослідження тілесності здорової особистості, що і буде становити перспективи наших подальших досліджень.

Таким чином, різноманітність підходів щодо класифікації психосоматичних захворювань базується на розподілі їх за чітко визначеними ознаками-критеріями, зокрема: фізіологічними корелянтами тривожності, органічною симптоматикою, а це, в свою чергу, посилюються внаслідок небажаного впливу психологічних чинників, змін поведінково-вчинкових патернів, та симптомами, які можна вважати умовно бажаними.

1.2. Адаптивна функція атрибутивного стилю особистості.

Наразі згадаємо, що особистість це – цілісна сукупність соціальних властивостей людини, які зосереджуються та змінюються у процесі всього життя у результаті активної взаємодії з іншими індивідами та соціальним середовищем. Розвиток особистості є результатом занурення людини до системи соціальних відносин, в якій вона вже функціонує і має засвоїти свої соціальні функції, а головне, вона має усвідомити себе частиною соціуму, в якому живе.

Отже, на думку більшості вчених-психологів, кожна людина є унікальною, неповторною і саме у цьому проявляється її самоцінність, її право на шанування гідності та суспільне визнання.

Проблема визначення детермінант життєстійкості особистості виступає однією з ключових в посткласичних дослідженнях з соціально-поведінкових наук. З огляду на сучасні трансформації суспільства науково-психологічного аналізу потребує мінлива, динамічна, інтерактивна природа життєстійкості в перебігу всього життя людини, її соціальні та особистісні референти.

Уміння особистості адаптуватись до життєвих ситуацій свідчить про її життєстійкість, тобто здатності підтримувати, відновлювати психічне здоров'я та психологічне благополуччя, незважаючи на пережитий несприятливий досвід. Тому проблема адаптації особистості набуває визначення моделей інтерпретації останнього, причинно-наслідкових зв'язків для певної події чи поведінки, що відповідає механізму атрибуції.

А як трибутивний стиль поняття було введено в науковий обіг у психології М. Селігманом на основі застосування теорії каузальної атрибуції Г. Келлі для пояснення стану навченої безпорадності, таким чином, практично були з'єднані деякі положення поведінкового та когнітивного напрямків. З 1984 р. С. Петерсон і М. Селігман віднесли атрибутивний стиль до індивідуальних відмінностей в адаптивності, продовживши вивчення безлічі його впливів на поведінку (Селігман, 1975).

Низка європейських та американських вчених Б.Вайнер (Вайнер, 1982), Брайан Р. Флей, Керол Г. Оллред, Кендра М. Льюїс, Нілуфар Бавар, Меган Хейнс (Брайан, 2023) включають атрибутивний стиль в розроблені ними програми та моделі мотивації успіху. В. Д. Бар-Таль застосував теорію М. Селігмана, модель атрибуції Б. Вайнера для пояснення впливу батьківських і вчительських атрибуцій на атрибутивний стиль учня (Бар-Тал, 1982). Когнітивно-динамічний підхід. П. Квон у своїх дослідженнях звертається до теми об'єднання напрацювань представників психодинамічного та когнітивного напрямків у сфері психотерапії, і доводить факт взаємодії атрибутивних стилів і механізмів психологічного захисту (Квон, 1999, 2000). Як при когнітивно-поведінковому, так і при когнітиводинамічному підходах атрибутивний стиль розглядається у взаємодії з окремими особистісними

параметрами, а не в складі цілісної особистості, але в цих підходах атрибутивний стиль вивчається як складова адаптивності, що є вагомим вкладом у дослідження особливостей становлення атрибутивних стилів дорослих.

Мартін Селігман у своїх працях вводить термін «атрибутивний стиль» і описує такі його варіанти, як оптимістичний і песимістичний стиль атрибуції. Вчений звертає увагу на те, що одні люди в ситуації невдачі намагаються розв'язувати проблеми, а інші - пасивні та швидко припиняють докладати зусиль. Згідно з його гіпотезою, досвід тривалих невдач, низка важких життєвих подій можуть сильно знижувати очікування суб'єкта щодо його майбутньої успішності.

Селігман вводить три параметри атрибутивного стилю пояснення успіхів і невдач - широта, час і персоналізація (особистісний чинник). Так, люди з песимістичним стилем атрибуції схильні вважати, що їхні успіхи пов'язані з конкретними справами, вдалим збігом обставин і часу та більше з впливом інших людей, ніж своїми здібностями (Селігман, 1991).

Невдачі така людина пов'яже, навпаки, зі своїми особистісними характеристиками і поширить їх на всі схожі ситуації в минулому, сьогоденні та майбутньому. Люди з оптимістичним стилем пояснення, навпаки, схильні широко оцінювати свій успіх, поширюючи цю оцінку на інші схожі випадки, вірячи, що саме їхній особистий внесок вплинув на ситуацію, а невдачі - швидкоплинні й пов'язані з конкретною проблемою (Клібайс, 2007).

Отже, ми дійшли висновку, що атрибутивний стиль є також стійким особистісним утворенням, яке в межах повсякденної свідомості виконує функції пізнання й адаптації в умовах недостатності інформації, але знання лише атрибутивного стилю не дає змоги судити про адаптивні функції суб'єкта. Більшість відомих на сьогодні методик діагностики атрибутивного стилю були розроблені в умовах, що суттєво відрізняються від ментального та соціального середовища України (тести М. Селігмана: опитувальник атрибутивного стилю для дорослих – ASQ (C. Peterson, A. Semmel, M. Seligman), методика контент-

аналізу вербальних пояснень - CAVE, методика OASQ А. Фонхама) (Клібайс, 2007).

Європейські вчені психологи здійснили аналіз можливостей атрибутивного стилю, зокрема дозволив виділити концепції та стратегії корекції атрибутивного стилю: мотиваційну концепцію Дж. Аткінсона та Б. Вайнера (Аткінсон, 2008, Вайнер, концепцію пошукової активності, гуманістичний підхід (Роджерс, 2018) А. Маслоу), стратегії атрибутивного реструктурування (Петерсон, 1984).

Згадані вище науковці у своїх роботах запропонували такі напрями діяльності: особистість повинна змінити позицію жертви на адекватне ставлення до себе та середовища, що її оточує, розвивати впевність та самостійність у розв'язанні проблем, вчитись особистісному контролю. У дослідженні використано когнітивні та поведінкові методи атрибутивної терапії (Клібайс, 2007).

У процесі дослідження проблеми психологічних особливостей становлення атрибутивного стилю особистості дорослих українською вченою психологом було розроблено та емпірично перевірено ефективність експериментальної програми, розроблено авторську діагностичну методику «Адаптивні можливості атрибутивного стилю особистості дорослих». У результаті факторного аналізу вона виділила основні особистісні чинники адаптивних можливостей атрибутивного стилю особистості дорослих: емоційну стабільність нестійкість (сила «Я»-слабкість «Я»), адаптивність-деадаптивність механізмів психологічного захисту, почуття провини-впевненість у собі. На основі цього авторка створила діагностичну методику «Адаптивні можливості атрибутивного стилю особистості дорослих». Довела її конструктивну, конкурентну валідність, ретестову надійність та внутрішню узгодженість. Отримані результати дозволили припустити високу достовірність методики у прогнозуванні ефективності поведінки суб'єкта в проблемних ситуаціях (Клібайс, 2008).

Таким чином, на основі результатів факторного аналізу нею була сконструйована методика з основними шкалами: сила Я, почуття провини, дезадаптивність механізмів психологічного захисту, вивчена безпорадність. До них було додано шкалу брехні для точнішої діагностики рівня адаптивних можливостей атрибутивного стилю. У процесі валідизації першого варіанта методики було здійснено визначення внутрішньої узгодженості методики за допомогою коефіцієнта α Кронбаха, визначення її конкурентної валідності з методикою визначення атрибутивного стилю Л. М. Рудіної, визначення рівня взаємозв'язків між основними шкалами методики за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона (Клібайс, 2008 Седжвік, 2012,).

Авторка дослідження робить висновок про те, що суб'єкт із вивченою безпорадністю швидко стомлюється, астеничний, поступливий, діє хаотично, вирізняється низькою стресостійкістю, тривожністю, боїться брати на себе відповідальність. Почуття провини - суб'єкт із високим почуттям провини невпевнений у собі, схильний до страхів, тривоги, схильний до самокритики і самозвинувачення, болісно реагує на зауваження оточення. Суб'єкт із низьким почуттям провини - упевнений у собі, нечутливий до оцінок оточення, спокійний, життєрадісний, не схильний до страхів. У суб'єктів із високими показниками за цією шкалою спостерігається підвищена тривожність, напруження механізмів психологічного захисту, спотворений образ себе і навколишнього світу. На думку Т. Клібайс робота з методикою дає можливість не тільки цифрового, а й графічного представлення результатів. Для респондента, результати тестування якого наведено на рис. 1, характерний негативний атрибутивний стиль, що ґрунтується на низькій силі Я, низькі адаптивні можливості атрибутивного стилю, вивчена безпорадність, низька стресостійкість, неефективна поведінка в складних ситуаціях, виражене почуття провини, що підтримується дезадаптивними механізмами психологічного захисту: регресією, заміщенням, запереченням і свідчить про інфантильність особистості (Клібайс, 2008).

На думку авторки, важливою є робота по підвищенню впевненості в собі, формування навиків прийняття рішень, підвищення почуття самоефективності, підвищення сили Я, підвищення адаптивності механізмів психологічного захисту. У дослідженні розроблено графік адаптивних функцій атрибутивного стилю з метою діагностики. Таким чином, суб'єкт, результати діагностики якого відображаються на рис. У ньому показано, що поєднання особистісних рис і особливостей психологічного захисту дає право говорити про високі адаптивні функції атрибутивного стилю респондента, припускати високу ефективність його дій у складних обставинах, здатність швидко і правильно оцінювати всі аспекти ситуації, гнучкість, позитивність мислення. Отримані результати підтвердили, що методика «Адаптивні можливості атрибутивного стилю дорослих» є об'єктивною, валідною та надійною та припускає її високу достовірність у прогнозуванні ефективності поведінки суб'єкта в проблемних ситуаціях. Розроблений діагностичний інструментарій дає можливість швидкої обробки кількісних даних і графічного їх представлення. Можлива подальша валидизация методики для інших вікових і професійних груп, для респондентів з психічними відхиленнями.

В умовах повномасштабної війни в науковому середовищі зріс інтерес науковців і практиків до проблем, які пов'язані з адаптацією та психічним здоров'ям внутрішньопереміщених громадян України, військових, правоохоронців, рятувальників, лікарів, держслужбовців, психологів та інших.

Адаптивна схильність до стресу, життєстійкість, резильєнтність є суттєвими чинниками адаптації в екстремальних умовах, профілактики та збереження психічного та фізичного здоров'я. Пролонгований стрес війни є джерелом суттєвих проблем для психічного та фізичного здоров'я людини і в сукупності зі слабким розвитком адаптивних ресурсів і здібностей спричиняє різноманітні форми дезадаптації.

Зменшити рівень стресу під час війни, запобігти станам, який заважає адаптації до існуючих умов можна завдяки розвитку адаптивності та підвищенню адаптивних ресурсів конкретного індивіда. Серед великої

кількості статей із проблеми адаптивних здібностей людини у стресових умовах розкрито лише окремі аспекти розвитку компонентів адаптивності, тому це не дає можливість реалізувати комплексний системно-диференціальний підхід до підвищення стійкості людини до діяльності в екстремальних ситуаціях. У зв'язку із цим метою статті є аналіз шляхів розвитку адаптивності на основі авторської

Таким чином, існують докази того, що особистість змінюється залежно від зовнішніх контекстуальних факторів, таких як соціальні ролі та ситуації, і що ці зміни можуть відображати зміни у внутрішніх факторах, таких як цілі та мотивація. Однак для того, щоб довести, що варіативність особистості виконує адаптивну функцію, необхідно продемонструвати не тільки те, що варіативність пов'язана з такими змінами, але й те, що вона позитивно впливає на результати.

Адаптивні функції атрибутивного стилю можна вивчати у взаємозв'язку з особистісними властивостями людини, виявляти їх взаємодії та вплив на свідомість та здатність людини адаптуватись в різних умовах та життєвих ситуаціях.

1.3. Особливості взаємозв'язку адаптивних можливостей атрибутивного стилю особистості та психосоматичних розладів

У сучасній психосоматиці та науковій парадигмі психокорекції аналізується вплив професійного стресу на порушення адаптації особистості до вимог середовища. У зв'язку з цим існує психофізіологічна і психологічна невідповідність психічних процесів соматоморфної організації організму людини. У багатьох першоджерелах психосоматичні розлади згадуються лише як одне з багатьох розладів психологічної адаптації, що виникає внаслідок емоційного вигорання на виробництві та під впливом професійних криз. Вигорання пов'язане з втратою оптимальної працездатності, поганим сном, низьким емоційним тонусом, постійною втомою, тривожно-депресивними симптомами, проявами неадекватних емоційних реакцій - агресії, гніву, роздратування, які переходять у психосоматичний симптом. Емоційне вигорання, що супроводжує професійне вигорання, характеризується послідовним розвитком підвищеної нервової напруги (Кокун, 2013; Хаміда, 2019; Вайз, 2014). На думку Ф. Александера (Alexander, 1953), інтенсивні психофізіологічні та емоційні реакції як фактор психосоматичних захворювань можуть бути викликані навіть значущими для людини конфліктами і токсичними стосунками.

Рівні стресу, опору та емоційного виснаження можуть бути спричинені фізичним і психічним стресом. Відбувається втрата психічних ресурсів, які наявні в особистості, ослаблення нервової системи, зниження емоційного тонусу, які проявляються: емоційною недостатністю (розвиток емоційної несприйнятливості на тлі перевтоми, мінімізація емоційного внеску у взаємодію, автоматизм, професійне вигорання під час виконання професійних обов'язків; поява дратівливості, образливості); емоційне відчуження (створення захисного бар'єру в спілкуванні; людина практично повністю виключає емоції зі сфери діяльності, її майже ніщо не хвилює і майже ніщо не викликає емоційного відгуку - ні позитивного, ні негативного, і це не дефект

емоційної сфери, не ознака ригідності, а набутий емоційний захист внаслідок тривалої роботи з клієнтами); деперсоналізація (порушення стосунків, розвиток цинічного ставлення до тих, з ким людина повинна спілкуватися під час виконання професійних обов'язків); психосоматичні та психовегетативні розлади (погіршення фізичного самопочуття, розвиток психосоматичних та психовегетативних розладів, таких як порушення сну, головні болі, проблеми з артеріальним тиском, шлункові розлади, загострення хронічних захворювань. Навіть думки про роботу викликають поганий настрій, негативні асоціації, безсоння, страх, дискомфорт у серці, судинних реакціях тощо) (Гридковець, 2018). Для відновлення психосоматичного здоров'я на фоні емоційного та фізичного вигорання ефективно застосовуються психотерапевтичні методи, зокрема соматична та арт-терапія, які здатні підтримувати нервово-психічний рівень здоров'я шляхом навчання зорово-просторовому орієнтуванню, розвитку моторики, подолання емоційної напруги, зменшення сенсорного та емоційного дискомфорту.

Психосоматичні розлади мають інтенсивні тілесні прояви психологічних проблем (які зберігаються протягом тривалого часу). По-перше, внутрішній виникає або загострюється конфлікт між свідомими і несвідомими структурами особистості, що проявляється в дисоціації. Тоді він знаходить вихід у появі психосоматичних симптомів (зняття психологічної напруги). Наприклад, біль у попереку часто супроводжується відчуттям відсутності допомоги та підтримки; біль у верхній частині спини досить часто пов'язана з помірною агресією; а болі внизу живота супроводжують різноманітні статеві неврози. Соматичний больовий розлад — це розлад, що характеризується болем, де психологічні фактори відіграють провідну роль у виникненні, тяжкості та тривалості цього болю, (Кокун, 2013). Нервово-психологічна корекція повинна проводитися з урахуванням тілесної локалізації різних болів, правильного визначення напружених м'язів і специфіки прояву психосоматичних симптомів і нозологічної картини захворювання.

Бургдорф, Дж., Панксепп, Дж. (Бургдорф, 2006) у своїй роботі дали детальний опис психосоматичних розладів та їх психотерапії в поєднанні з нейропсихологічними техніками (релаксація, фізична активність і рухова); І.Г. Хаміда, Х.-Н. (Хаміда, 2005) розглядає психосоматичні теорії та моделі, а також проводить детальний аналіз ефективних методик психокорекції та психотерапії психосоматичних розладів; Робота Кошопал А., Максимчук Б., Браніцької Т., та інших членів дослідницької групи (Кошопал, 2021) представлено систему корекційних заходів для клієнтів з емоційним вигоранням, які можуть бути успішно застосовані в нейропсихологічній корекції психосоматичних симптомів. Вони також, розкрили конкретний аспект взаємозв'язку емоцій і психосоматики, а також практичні рекомендації щодо уникнення психосоматичних розладів і здійснили детальну класифікацію психоаналітичних концепцій психосоматичної медицини та психосоматичних теорій, а також розробку моделі формування та комплексної корекції психосоматичного захворювання.

Зарубіжні вчені активно досліджують методологічну парадигму психосоматики, прикладні аспекти психотерапії та корекції. У сучасній зарубіжній літературі Хаміда Ксардель-Хаддаб (Hamida Xardel-Haddab, 2009) описав модель дезадаптивної поведінки з емоційними реакціями агресії на тлі психосоматичних розладів, Томас Н. Вайз (Wise, 2014) цікаво відзначив сучасну психосоматику та методи психодинамічної терапії та проаналізував основні психосоматичні теорії та представив біопсихосоціальний модель допомоги психосоматичним клієнтам у певних аспектах.

Високий динамізм розвитку життя нашої країні вимагають від людини певного рівня розвитку адаптаційних здібностей. Тому в суспільстві актуалізується проблема надання допомоги індивіду в процесі формування адаптивних механізмів поведінки, що захищають особистість від негативних наслідків соціалізації та надають їй можливість продуктивності саморозвитку та успішної самореалізації.

Вирішення проблеми формування адаптивної поведінки продуктивних його стратегій пов'язано з виявленням механізмів та закономірностей його виникнення та розвитку у людини на різних вікових етапах становлення як суб'єкт власний активності.

Таким чином, актуальність вивчення адаптивної поведінки обумовлено необхідністю розробки методології комплексного міждисциплінарного дослідження, що поєднує в собі, однієї сторони, теоретичні уявлення про внутрішні детермінанти індивідуальної поведінки, що розробляються у вітчизняній психології (Черезова, 2021); та її послідовниками, і з іншого - докладне вивчення зовнішніх (середовищних) чинників, детермінуючих відмінності у поведінці соціальному, основи дослідження якого було закладено у межах діяльнісного підходу, що бере початок у роботах Ільїної Ю.Ю (Ільїна, 2018). Постійний процес активного пристосування індивіда до умов соціального середовища та умов діяльності, що стосується всіх рівнів функціонування людини, розуміється як адаптація. О.В. Кузнєцова пропонує розглядати адаптацію як динамічне освіту (процес пристосування до довкілля), а й як властивість будь-якого живого організму (Кузнєцова, 2013). Ця властивість визначає можливості індивіда адаптуватися до умов навколишнього середовища, що змінюються, тобто адаптаційні здібності.

Адаптаційні здібності показують сукупність індивідуально-психологічних та інтелектуальних характеристик, що визначають успішність та ефективність конкретної «відповіді» особистості на те як впливають психогенні фактори навколишнього середовища

Психологічні особливості людини, які ми маємо взаємопов'язані і становлять одну з інтегральних характеристик психічного розвитку особистості – особистісний адаптаційний потенціал. Особистісний адаптаційний потенціал забезпечує ефективність процесу соціально-психологічної адаптації та визначається ступенем відповідності «нормальному інтервалу» психічної та соціально-моральної нормативності. До нього входять поведінкове регулювання, комунікативні здібності та рівень

морально-моральної нормативності. Черезова І. вказує, що адаптаційний потенціал особистості формується в процесі онтогенезу і ґрунтується на генетично обумовлених індивідуальних характеристиках, «проте, повною мірою описати та охарактеризувати фактори, що впливають на формування особистісного адаптаційного потенціалу, поки не є можливим.

Вміння пристосовуватися до мінливим умовам соціального середовища необхідно людині будь-якого віку. Вікові особливості особистості часто ускладнюють її соціально-психологічну адаптацію, їй доводиться адаптуватися як до нестабільного світу, але й до того проміжного співтовариства, представленого іншими віковими категоріями, норми та цінності якого ще більш мінливі.

Здатність адаптуватися до соціуму та ефективно діяти в ньому залежить від багатьох особливостей людини – це і інтелект, і темперамент, і комунікативна компетентність, і зовнішність, і багато іншого. Деякі з цих особливостей незмінні, як, наприклад, темперамент. Але є й ті, які можна змінювати та розвивати, що сприятиме побудові більш конструктивних відносин із навколишнім світом. До їх числа можна віднести оптимістичне мислення та безумовне самоприйняття. На нашу думку, особистості, які мають песимістичне мислення, поринають у хворі емоції, дисфункціональні і мають низьку самооцінку. Більш раціональні та реалістичні переконання сприяють здоровому емоційному забарвленню подій життя, більш адаптивній поведінці, кращій самооцінці, а також вищій оцінці інших.

Аналіз сучасного стану проблеми соціальної адаптації особистості дозволяє виявити низку її аспектів, які поки що не є розробленими достатньою мірою. До них належать, перш за все всього, вивчення провідних компонентів соціальної адаптації особистості в різних вікових періодах, на етапі розвитку, коли особистість перебуває в період природної кризи. Для нас більш важливим є детальне вивчення когнітивних корелятів адаптивної поведінки та виділення за допомогою цього передумов підвищення адаптивності особистості.

Як когнітивні кореляти адаптивної поведінки в нашій роботі виступив атрибутивний (пояснювальний) стиль. Під атрибутивним (пояснювальним) стилем у сучасній когнітивній психології розуміється звичний спосіб пояснення собі причин різних подій, у тому числі своєї власної поведінки та діяльності (Бургдорф, Панксеп, 2006)).

Розрізняють оптимістичний та песимістичний атрибутивні стилі. Вчені вважають, що людина, яка має оптимістичний атрибутивний стиль, вірить, що неприємності тимчасові, відбуваються тільки в одній сфері життя і не торкаються інших, а винні тому зовнішні обставини. Сприятливі ж події мають постійний характер, відбуваються в різних сферах життя людини, і вона сама - причина тому.

Для песимістичного стилю атрибуції властиве пояснення неприємних подій (неуспіхів) постійними, глобальними та внутрішніми причинами, а сприятливих (успіхів) - тимчасовими, конкретними та зовнішніми.

У зв'язку з цим проблема нашого дослідження сформульована наступним чином: чи існує взаємозв'язок між адаптивними здібностями особистості та тим, якими причинними факторами вона пояснює собі свою власну поведінку, тобто атрибутивний стиль.

Якщо розглядати адаптивний процес як якийсь алгоритм, то він виглядатиме таким чином: когнітивна - афективна - мотиваційна - моторна складові. Індивіди з песимістичним атрибутивним стилем часто розглядають труднощі, з якими вони стикаються при спілкуванні з іншими людьми або виконанні будь-яких завдань, як зовнішні по відношенню до них і переважно не залежні від їхньої поведінки. Вони часто говорять про себе як про жертву інших людей або, глобальніше, «системи».

Зміна особистісно-значущої ситуації, виражена в мотиваційно-сміслової сфері, що активізує емоційні складові. Зміна мотивів та смислів у процесі адаптації йде за наступною схемою: виникнувши спочатку як когнітивна реакція на усунення схожості ситуації, вона стає рефлексивною, потім мотивом і змістом досягнення, подолання, самореалізації. Це виводить

особистість на новий психологічний рівень взаємодії та адаптації, створює перспективу ефективності вирішення адаптивних завдань: пристосування, досягнення стійкого стану в межах норми, наднормативне досягнення, самореалізацію.

Здійснюється вибір стратегій у вирішенні адаптаційних проблем, обумовлений мотиваційно-смысловими змінами. Саме вибір тієї чи іншої стратегії поведінки багато в чому визначатиметься звичним способом пояснювати собі результати своєї діяльності (колишній досвід).

У різний віковий період по різному актуалізується процес формування навичок адаптивної поведінки. Наприклад Базовою особливістю стилів поведінки підлітків, на відміну інших вікових груп, є велика поліваріативність. Поведінковий репертуар підлітка відрізняється стильовою різноманітністю. На наш погляд, формування адаптивного потенціалу у підлітка йде паралельно із формуванням психологічних новоутворень цього вікового періоду (якісні зміни когнітивної сфери, перетворення у соціальних зв'язках, формування нової суб'єктивної реальності, перетворюючої уявлення про себе). Тому в підлітковому віці, поряд із накопиченням досвіду адаптивної поведінки, відбувається накопичення ресурсної бази.

Якщо мова йде про дорослий період особистості, то тут важливо зазначити, що процес формування адаптивних навичок вже чітко виражений і має певні сформовані форми.

Таким чином, основний висновок, який можна сформулювати на основі теоретичного аналізу літератури та емпіричного дослідження, буде наступним: оптимістичне мислення має множинні впливи на успішність діяльності та особистісного функціонування, сприяючи адаптивним реакціям на труднощі: конструктивна інтерпретація невдач сприяє адаптивним поведінковим та емоційним реакціям на невдачі, використанню проблемно-фокусованих стратегій їх подолання.

Аналіз праць та емпіричних досліджень збагачує уявлення про психологічні передумови для формування поведінкових порушень в особистості на різних етапах адаптації.

Висновки до розділу 1

Отримані результати дослідження дозволили сформулювати такі висновки:

1. В результаті вивчення теоретичних основ дослідження взаємозв'язку адаптивних можливостей та атрибутивних стилів особистості концептуальні основи дослідження проблеми адаптації особистості з психіологічними розладами. Зокрема, розкрито концептуальні аспекти дослідження проблеми психосоматичних розладів особистості, класифікацію психосоматичних розладів та розкрито поняття "психосоматичні захворювання" або "психосоматичні розлади". Визначили, що існує безліч підходів до вивчення проблеми класифікацій психосоматичних захворювань, що вони ґрунтуються на визначенні їх за різноманітними критеріальними ознаками, зокрема: фізіологічними корелянтами тривожності, органічною симптоматикою, які посилюються внаслідок негативного впливу різних психологічних факторів, змін поведінково-вчинкових патернів, та умовно бажаними симптомами, які заaktuалізують від реагування або розв'язання психологічного внутрішнього конфлікту.

Зроблено висновки про те, що особистість змінюється залежно від зовнішніх контекстуальних факторів, таких як соціальні ролі та ситуації, і ці зміни можуть відображати зміни у внутрішніх факторах, таких як цілі та мотивація. Адаптивні функції атрибутивного стилю можна вивчати як цілий комплекс взаємозв'язків атрибутивного стилю та особистісних властивостей людини, що впливають на діалогічність буденної свідомості й адаптивність

суб'єкта, які не є лише визначенням позитивного чи негативного типів атрибутивного стилю.

Отже, особистість здійснює вибір стратегій у вирішенні адаптаційних проблем, обумовлений мотиваційно-смысловими змінами. Саме вибір тієї чи іншої стратегії поведінки багато в чому визначатиметься звичним способом пояснювати собі результати своєї діяльності. У різний віковий період по різному актуалізується процес формування навичок адаптивної поведінки. У дорослому періоді особистості, то тут важливо зазначити, що процес формування адаптивних навичок вже чітко виражений і має певні сформовані форми.

2. Розглянуто основні психологічні особливості атрибутивних стилів особистості в рамках дослідження категоріального апарату та визначення змістовних характеристик основних феноменів проблеми. Доведено, що в наукових колах поняття «атрибуція» трактується як приписування, пояснення причин, результат соціального пізнання. Встановлено, що стосовно трактування сутності поняття «атрибутивний стиль особистості» в наукових працях поширено два основних погляди. Прибічники першого підходу розглядають це поняття з огляду на сферу індивідуальних характеристик особистості, вони зауважують, що атрибутивний стиль - це індивідуальний характерний спосіб пояснення людиною тих або інших причин чи подій. Згідно із другим підходом, це поняття розглядається з точки зору особистісної сфери людини, і трактується як стійка особистісна характеристика, яка формує одну з визначальних структур особистості, що визначає загальний тип сприйняття поведінки та подій по відношенню до них. Визначено, що в психології розрізняють песимістичний, оптимістичний та проміжний атрибутивні стилі. На підставі оцінки методологічних матеріалів, теоретичних напрацювань виокремлено основні феномени прояву кожного із видів атрибутивного стилю особистості. А саме, оптимістичний атрибутивний стиль має такі прояви, як життєстійкість, самостійність, надія, сила «Я», пошукова активність. При цьому, песимістичному атрибутивному стилю притаманні

навчена безпорадність, безнадійність. Відповідно, проміжний атрибутивний стиль має середні рівні прояву цих феноменів в поведінці особистості.

3. Висвітлено особливості взаємозв'язку адаптивних можливостей та атрибутивних стилів особистості з психосоматичними розладами. У процесі вивчення наукових праць, методологічних матеріалів нами було виокремлено низку індивідуально-психологічних характеристик, які забезпечують появу навченої безпорадності, песимістичного атрибутивного стилю і психосоматичних розладів особистості. Зокрема, це, схильність до монохромної категоризації подій, схильність до звинувачення оточуючих людей (екстернальний локус контролю), ілюзія справедливого світу, нездатність до адаптивного подолання стресових ситуацій, депресивний стан, невідповідне до обставин використання механізмів психологічного захисту та використання проєктивних механізмів психологічного захисту, високий рівень тривоги. Було зазначено, що психологічні особливості особистості, які виступають у якості певного бар'єру стосовно формування поведінки особистості та песимістичного атрибутивного стилю, серед таких слід виділити пошукову активність, життестійкість, самостійність, Силу «Я». Таким чином, можна зауважити, що вказані феномени, є тими ідентифікаторами, які дозволяють окреслити відмінності між атрибутивним стилем та його адаптивними функціями та психосоматичними розладами.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ АДАПТИВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ АТРИБУТИВНОГО СТИЛЮ ОСОБИСТОСТІ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

2.1. Організація та методи проведення емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження особливостей взаємозв'язку адаптивних можливостей атрибутивного стилю та психосоматичних розладів проводилось в 2025 році шляхом тестування в режимі електронного тестування (через електронну пошту та живого тестування під час зустрічей з педагогами). Вибірку досліджуваних становили 50 осіб, з них педагоги 27-60 років закладів загальної середньої освіти міста Києва.

Метою нашого дослідження було виявити психологічні особливості взаємозв'язку психосоматичних розладів та адаптивних можливостей атрибутивних стилів особистості.

Для досягнення мети та вирішення завдань емпіричного дослідження на основі теоретичної моделі взаємозв'язку адаптивних можливостей атрибутивного стилю та психосоматичних розладів була створена програма емпіричного дослідження, яка складається з наступних етапів:

1. підбір та підготовка діагностичного інструментарію;
2. діагностика схильності до психосоматичних розладів та атрибутивних стилів за допомогою психодіагностичних методик;
3. аналіз та інтерпретація отриманих результатів;
4. статистичний аналіз результатів психодіагностики методом лінійної кореляції Пірсона;
5. візуальне представлення та якісний аналіз результатів дослідження;
6. формулювання висновків.

У дослідженні були використані методики, які розкривають адаптивні функції, атрибутивного стилю, що відображено у мовленні та поведінці дорослої людини. Орієнтуючись на це було також використано такі методи Як тест на атрибутивний стиль Фонхама та Гісенський опитувальник соматичних скарг, методику «Адаптивні можливості атрибутивного стилю дорослих» (автор Клібайс Т.В.), опитувальник на визначення резильєнтності.

Розглянемо кожну з них.

Модифікована методика OASQ А. Фонхама спрямована на визначення атрибутивних стилів і дає можливість проаналізувавши чотири неприємні та приємні ситуації, визначивши наскільки будь-яка ситуація, її причина може залежати від дорослої людини, у нашому випадку від педагога. Чи впливатиме така ситуація на те, що відбувається, чи буде впливати в майбутньому на розвиток особистості та середовища навколо неї, чи впливає на інші сфери життя та якою мірою залежить від особи вчителя та зовнішніх обставин

Гісенський опитувальник соматичних скарг виявляє інтенсивність емоційно забарвлених скарг з приводу стану фізичного здоров'я. Він містить 24 симптоми, розподілені за чотирма шкалами (по 6 на кожну): виснаження, шлункові скарги, болі в різних частинах тіла та серцеві скарги. Шкали не відображають клінічні синдроми, які дозволяють діагностувати те чи інше захворювання. Вони виражають середнє поєднання фізичних нездужань, що відчуються людиною. Сума симптомів складає загальну кількість соматичних скарг (інтенсивність скарг). Вираженість кожного симптому оцінюється за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від 0 = «симптом відсутній» до 4 = «симптом сильно виражений»).

Методика «Адаптивні можливості атрибутивного стилю дорослих» (автор Клібайс Т.В.) спрямована на вивчення ставлення дорослої людини, в нашому випадку, вчителя закладу загальної середньої освіти, до різних життєвих ситуацій. Залежно від того чи згодні вони з твердженнями, наведеними в анкеті, передбачені відповіді: а) «так», б) «ні», в) «не знаю, не впевнений, щось

середнє». Відповідь в), вибирається лише в разі неможливості вибору іншої відповіді. Той, хто тестується може підкреслити обрану відповідь навпроти твердження.

Використання даної методики та отримані результати дозволяють стверджувати, що методика «Адаптивні можливості атрибутивного стилю дорослих», зокрема вчителів закладів загальної середньої освіти є об'єктивною, валідною і надійною і припустити її високу достовірність у прогнозуванні ефективності поведінки вчителя в проблемних ситуаціях.

Достовірність та об'єктивність результатів забезпечується методичним обґрунтуванням процедури емпіричного дослідження, використанням методів математико-статистичного аналізу та обробки даних.

Статистичну обробку результатів дослідження було розпочато з вивчення взаємозв'язку психосоматичних розладів та атрибутивних стилів особи за допомогою коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона
$$\rho_{X,Y} = \frac{\text{cov}(X, Y)}{\sigma_X \sigma_Y},$$
 що слугує для дослідження взаємозалежності двох змінних в одній вибірці, а також дозволяє визначити наскільки пропорційна мінливість двох змінних. Знак коефіцієнта кореляції дуже важливий для інтерпретації отриманого зв'язку. Якщо зв'язок позитивний – це означає, що при зростанні однієї змінної, буде зростати і значення іншої, в той самий час, коли кореляція негативна – при збільшенні однієї змінної зменшується значення іншої. Для того, щоб підійти до розрахунків коефіцієнта кореляції Пірсона, необхідно зберегти наступні умови: досліджувані змінні мають бути нормального розподілу; також вони мають вимірюватися в інтервальній шкалі та шкалі відношень; останньою умовою є те, що кількість значень у досліджуваних змінних має бути однаковою. Основними значеннями коефіцієнта кореляції є наступні: 0 – 0,3 – слабкий зв'язок; від 0,3 до 0,5 – помірний зв'язок; 0,5 – 0,7 – значний зв'язок; 0,7 – 0,9 сильний зв'язок; 0,9 -1 – дуже сильний зв'язок.

В даному дослідженні коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона було застосовано для визначення особливостей взаємозв'язку психосоматичних розладів та адаптивних можливостей атрибутивних стилів особи. Основною

причиною вибору даного статистичного показника став той факт, що для дослідження було обрано малу групу людей, яку складала п'ятдесят людей, при цьому даний коефіцієнт кореляції має визначати кореляцію в малих групах, розміром від тридцяти чоловік. А також через те, що коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона якнайкраще може виявити взаємозв'язок двох показників.

Досліджувану вибірку склали вчителі у віці 27-60 років. Учасники дослідження – вчителі, що працюють у закладах загальної середньої освіти міста Києва у кількості п'ятдесяти осіб. Вибір учасників дослідження обумовлений актуальністю наявності високого рівня особистісного адаптаційного потенціалу саме в цьому віці. Наразі, важливим стало те, що значна частина вчителів мали статус внутрішньо переміщених осіб, а з цим статусом необхідно враховувати і проблеми, які виникають у ході життєдіяльності.

Обробка даних проводилася із застосуванням комп'ютерного пакету статистичних програм Statistical Package for Social Science (SPSS 20.0 for Windows).

2.2. Аналіз результатів дослідження особливостей взаємозв'язку адаптивних можливостей атрибутивного стилю та психосоматичних розладів

На основі запропонованої методології та засад емпіричного дослідження проведемо вивчення особливостей взаємозв'язку атрибутивних стилів осіб та їх адаптивних можливостей з психосоматичними розладами.

Ми припустили, що існує взаємозв'язок рівня вираженості окремих форм розладів та адаптивних характеристик атрибутивного стилю, врахування яких може сприяти виявленню основних причин психосоматичного розладу та психологічних характеристик досліджуваних осіб. Підставою для такого припущення слугують данні психологічних літературних джерел, де серед чинників, що опосередковують взаємозв'язок адаптивних можливостей атрибутивного стилю та психосоматичних розладів у педагогів може бути рівень стресу, особистісні риси людини, соціальне оточення, в якому особистість знаходиться та реакція на стрес.

З огляду на вищезазначене, проведемо дослідження за модифікованою методикою OASQ А. Фонхама, яка спрямована на визначення атрибутивного стилю дорослих, зокрема – вчителів закладів загальної середньої освіти у різних життєвих ситуаціях. Для цього ми проводимо тестування серед 50-ти вчителів, які працюють у закладах загальної середньої освіти м. Києва.

Серед запропонованих вчителями приємних і неприємних ситуацій ми зосередились на чотирьох приємних і чотирьох неприємних ситуаціях, які відбулися з цими людьми та відбилися в пам'яті, даємо їм назву і пропонуємо описати причини, які їх викликали.

Пропонуємо оцінити дані ситуації та їх причини за запропонованою шкалою. Респондентам пропонується вибрати будь-який бал від 0 до 6, залежно від ступеня прояву якості, про який йдеться у питанні. Результати ми фіксуємо у таблиці (у додатках 1 (А. Б)). Після того, як вони вказали причину,

як вони її бачать, потрібно поставити ще низку питань і відповіді на них внести у таблицю.

Визначено, що у кожній із зазначених ситуацій значна частина (34-40%) вчителів свідомо розуміє, що ситуація, яка виникає навколо них залежить того, як вони самі уявляють подію, що з ними відбувається настрій та чи співпадають ці приємні явища з їхніми прагненнями, певна частина (15-22%) зазначили, що будь-яка приємна ситуація, яка з ними відбувається виникає внаслідок попередніх дій, як винагорода за плідну працю та відповідальність і це сприяє подальшій активізації їх діяльності та бажанню працювати ще краще. Також, частина (30-32%) вважають, що в майбутньому ця приємна ситуація обов'язково вплине на їхній настрій, працездатність, покращить ситуацію та середовище навколо них як на роботі, так і вдома. Незважаючи на те, що подія приємна, її також варто проаналізувати і зробити висновки.

Виявлено, що значна частина опитаних вчителів (44-46%) також переконана, що будь-яка приємна ситуація, яка виникає з ними впливає й на інші сфери їхнього життя, зокрема якщо ситуація виникає на роботі, то вона обов'язково вплине на настрій та поведінку і зміни у колі сім'ї чи на відносини з друзями. Серед них більшість вважають, що приємні ситуації, які виникають вдома часто впливають на найчастіше впливають ефективність роботи та відносини з рідними.

На питання «Якою мірою ця ситуація, її причина залежить від інших людей, обставин? частина вчителів (24-33%) погодилась, що й зовнішні чинники також впливають на приємні ситуації, що зазначені, але це невеликий відсоток тому що багато чого залежить від них самих.

Проаналізувавши чотири неприємні ситуації та відповіді на них вчителів закладів загальної середньої освіти можемо оцінити дані ситуації та їх причини.

У кожній із зазначених ситуацій значна частина (38-46%) вчителів свідомо розуміє, що ситуація, яка виникає навколо них залежить від них самих, певна частина (17-20%) зазначили, що будь-яка ситуація, яка з ними

відбувається виникає внаслідок попередніх дій, здійснених ними самими. Також, частина (28-34%) вважають, що в майбутньому ця ситуація та причина можуть знову впливати на те, що відбувається, якщо добре не проаналізувати і не зробити висновки.

Значна частина опитаних вчителів (42-48%) також переконана, що будь-яка ситуація, яка виникає з ними впливає й на інші сфери їхнього життя, зокрема якщо ситуація виникає на роботі, то вона обов'язково вплине на настрій та поведінку і зміни у колі сім'ї чи на відносини з друзями. Серед них більшість вважають, що ситуації, які виникають вдома найчастіше впливають на роботу та її ефективність.

На питання «Якою мірою ця ситуація, її причина залежить від інших людей, обставин? частина вчителів (28-36%) погодилась, що й зовнішні чинники певною мірою впливають на зазначені ситуації, але це менший відсоток ніж те, що залежить від них самих.

Третина опитаних вважає, що ситуації про які йшлося в анкеті контролювалися ними або вони намагалися це робити. У таких випадках як наприклад «розв'язання конфлікту з учнем» у більшості випадків вчителям вдавалось з гідністю виходити з ситуації, вирішивши проблему, не втративши власний авторитет в учнів. Якщо мова йшла про вихід з емоційного напруження то тут, багато що залежало від того наскільки людина усвідомлювала, причини напруження і мала поряд фахівця. Який підтримав її у потрібний момент.

Інтерпретація результатів відбувається за результатами заповнення таблиці і розрахунку (див. додаток А).

Як приклад наводимо інтерпретацію відповідей одного з вчителів, назовемо її пані Ольга М. , що взяли участь в опитуванні:

Приємні ситуації					
	1	2	3	4	загальний бал

Інтернальність	3	5	2	2	12
Стабільність	6-3-3	6-5-1	6-2-4	6-3-3	11
Генералізація	6-2-4	6-3-3	6-3-3	6-2-4	14
Екстернальність	6-4-2	6-2-4	6-3-3	6-4-2	11
Персональний контроль	3	3	3	2	12
					60
Неприємні ситуації					
	1	2	3	4	загальний бал
Інтернальність	6-2-4	6-2-4	6-5-1	6-4-2	11
Стабільність	4	4	5	3	16
Генералізація	2	4	3	2	11
Екстернальність	1	2	4	3	10
Персональний контроль	6-3-3	6-6-0	6-5-1	6-4-2	6
					54

Сума балів за позитивними та негативними ситуаціями вказує на рівень позитивності атрибутивного стилю.

Таблиця 2.1

Атрибутивні стилі учасників (за методикою Фонхама) N=50

Позитивний АС		Середній АС		Негативний АС	
к-сть осіб	%	к-сть осіб	%	к-сть осіб	%
1	2%	42	84%	7	14%

Отже, аналіз показав, що пояснення особою причини ситуації, з т. зору, наскільки вона залежить від неї (інтернальність) або від зовнішнього світу (екстернальність) показала, що переважна більшість опитаних вчителів

розуміють і можуть пояснити чому виникла та чи інша ситуація, які її можливі причини.

Аналіз кількісних результатів показує, що 7 осіб (14%) є дуже песимістичними, мають універсальне пояснення щодо власних невдач та проблем, не протидіють обставинам, є безпорадними у всіх життєвих ситуаціях. В нашому дослідженні найбільш питома вага в цій категорії належить вчителям, які працюють у школі до 5 років, що пояснюється як їх психологічними та особистісними характеристиками, так і відсутністю життєвого досвіду, вміння критично оцінювати себе та ситуації тощо. 42 особи (84%) є досить оптимістичними і, в переважній більшості мають конкретні пояснення власних невдач, можуть стати безпорадними в певній проблемній сфері, але чітко це розуміють. І повноцінно реагують та оцінюють обставини та події в інших сферах, в яких вони не відчують складнощів. Найбільшу частку осіб в цій групі складають вчителі, які мають досвід роботи більше ніж 20 років. Лише 1 особа, яка складає 2% від загальної кількості опитаних вчителів є повністю оптимістичною і має чіткі конкретні пояснення власних невдач, чітко розуміє чому стала безпорадною в певній проблемній сфері (табл. 2.1). І повноцінно реагує та оцінює обставини та події в інших сферах, в яких вона не відчуває складнощів. Це особа, яка має не лише значний досвід роботи (понад 30 років), але й в основу своєї діяльності ставить рівноцінне партнерство з учнями та колегами, розуміє причинно-наслідкові зв'язки.

Отже, підводячи підсумки варто сказати, що результати діагностики атрибутивного стилю дорослих осіб з психосоматичними розладами, зокрема – вчителів закладів загальної середньої освіти у різних життєвих ситуаціях свідчить про те, що кожна людина виробляє власний шлях виходу з тієї чи іншої ситуації – має свій атрибутивний стиль. Ми побачили, що атрибутивний стиль кожного вчителя позначає і окреслює такий узвичаєний спосіб пояснення причин та наслідків несприятливих подій. Також атрибутивний стиль важливий, бо впливає на те, як людина реагує на складні ситуації та виклики та, часто на її життєдіяльність у майбутньому.

Наступне емпіричне дослідження було проведено із застосуванням Гісенського опитувальника соматичних скарг для виявлення інтенсивності емоційно забарвлених скарг з приводу стану фізичного здоров'я, яка високо корелює з маскованою депресією. Для діагностики наявності психосоматичних захворювань з підтвердженими. У результаті опрацьованої анкети ми отримали наступні результати у Додатку Б.

Інтенсивність емоційно забарвлених скарг з приводу стану здоров'я (за Гісенським опитувальником).

Аналіз відповідей на запитання з опитувальника «Гісенський опитувальник соматичних скарг». Оскільки нормативів для окремих шкал не передбачено та оцінюється загальний бал. Він показує інтенсивність емоційно забарвлених скарг відносно фізичного здоров'я, які «...виражають середнє поєднання фізичних нездужань, що відчуються людиною».

Оскільки Гісенський опитувальник психосоматичних скарг (або Гісенський опитувальник соматичних скарг, Gießener Beschwerdebildliste, GBB) особливо корисний для діагностики психосоматичних розладів, маскованої депресії та алекситимії ми застосовуємо його для визначення рівня психосоматичних захворювань у педагогів закладів загальної середньої освіти. Опитувальник складається з 57 пунктів (основна частина - 24 пункти, розподілені на шкали, плюс додаткові для уточнення скарг), які оцінюються за 5-бальною шкалою (0 - не турбує ніколи; 1 - турбує дуже рідко; 2 - часом турбує; 3 - часто турбує; 4 - турбує майже постійно).

Усі респонденти надали свою інформовану згоду в цифровому вигляді перед тим, як відповісти на запитання

Для правильної інтерпретації ми враховували наявність підтверджених соматичних захворювань у педагогів, оскільки високі бали можуть вказувати на психосоматичний компонент, а не на органічні проблеми.

Працюємо з 4 основними шкалами (кожна з 6 пунктів) та 1 загальною (сумарною). Кожна шкала відображає певний тип скарг:

Е: Виснаження (Tendency to Exhaustion). Суб'єктивне відчуття втрати енергії, потреба в допомозі. Коорелює з депресією та алекситимією. | Відчуття слабкості, підвищена сонливість, швидка втома, млявість.

М: Шлункові скарги (Stomach Complaints). Психосоматичні проблеми шлунково-кишкового тракту (епігастральний синдром). Почуття переповнення в животі, нудота, відрижка, печія, болі в шлунку.

Г: Ревматичний фактор (Limb Pain або Rheumatic Complaints). Алгічні або спастичні болі в опорно-руховому апараті. Болі в суглобах/кінцівках, болі в спині/поперек, головні болі, тяжкість у ногах.

Н: Серцеві скарги (Heart Complaints). Скарги на серцево-судинну систему, часто необґрунтовані у здорових. Високі бали можуть вказувати на гіперопіку увагою. Серцебиття, перебої в серці, запаморочення, задишка, важкість у грудях.

Загальний бал. Загальна інтенсивність усіх соматичних скарг. Сума по всіх шкалах. Додаткові пункти (поза 24 основними) не входять у шкали, але допомагають уточнити індивідуальні скарги.

Результати опитування та приклад заповнення опитувальника респондентами детально представлені у додатку В.

Для інтерпретації рівня психосоматичних скарг ми здійснили аналіз результатів через підрахунок отриманих балів.

1. Для окремих пунктів: Кожен з 24 основних пунктів оцінюється від 0 до 4. Для шкал: Сума балів по 6 пунктах кожної шкали (максимум - 24 бали на шкалу).

3. Загальний бал: Сума по всіх 4 шкалах (максимум - 96 балів; у деяких адаптаціях вказують до 100 балів, але стандарт - 96).

Обчислення полягає у зведенні суми балів відповідних пунктів. Рекомендується використовувати Т-бали або перцентилі для порівняння з нормами, але в адаптаціях для України часто застосовують сирі бали з урахуванням середніх значень.

Зведені результати за «Гісенським опитувальником соматичних скарг»

Таблиця 2.2

Рівень соматичних скарг за певними розладами (Гісенський опитувальник)
n=50 осіб

Назва шкал	0–4 (n осіб / %)	5–10 (n осіб / %)	11–16 (n осіб / %)	17+ (n осіб / %)
Е/Виснаження	26 / 53.06%	16 / 32.65%	8 / 16.33%	0 / 0%
М/Шлункові скарги	10 / 20.41%	39 / 79.59%	1 / 2.04%	0 / 0%
Г/Ревматичний чинник	20 / 40.82%	30 / 61.22%	0 / 0%	0 / 0%
Н/Серцеві скарги	20 / 40.82%	19 / 38.78%	11 / 22.45%	0 / 0%

Згідно з результатами дослідження більшість учасників мають середній рівень шлункових (39 осіб), ревматичних скарг (30 осіб), серцевих скарг (19 осіб). Рівень скарг вище середнього відчують всього 20 осіб (40 %), з них найбільше відчують серцеві скарги (11 осіб/ 22,5%) та виснаження (8 осіб/ 17,5 %), що свідчить про значний рівень прояву соматичних скарг у вибірці (табл.. 2.2).

Інтерпретація базується на інтенсивності скарг та їх профілі. Високі бали вказують на психосоматичний характер проблем, кореляцію з тривогою, депресією чи стресом. Основні рівні прояву (за ступенем середнього арифметичного по шкалі):

Відсутній: Низькі бали (близько 0–4 на шкалу) — скарги мінімальні або відсутні.

Формується: Середні бали (5–10 на шкалу) — скарги на стадії розвитку, можливий психосоматичний вплив.

Сформований: Високі бали (11–16 на шкалу) — чітко виражені скарги, потреба в психотерапії.

Домінуючий: Дуже високі бали (17+ на шкалу) — критичний рівень, можлива маскована депресія або соматизація.

Отже, ми маємо чотири профілі скарг:

Домінування Е (виснаження): Вказує на загальну втому, депресивні тенденції.

Домінування М (шлункові): Психосоматичні розлади травлення, стрес-реакції.

Домінування G (ревматичний): Хронічні болі, можливо, пов'язані з тривогою.

Домінування Н (серцеві): Психогенна кардіофобія.

Загальний бал корелює з загальним психоемоційним станом: високі значення (>20–30) свідчать про значний психосоматичний навантаження.

Таблиця 2.3

Загальний рівень вираженості соматичних скарг

Загальний рівень вираженості соматичних скарг								Всього опитано	
Менше 14 балів (низький рівень)		Менше 20 балів (середній рівень)		Менше 40 балів (високий рівень)		Більше 40 балів (дуже високий рівень)			
к-сть осіб	%	к-сть осіб	%	к-сть осіб	%	к-сть осіб	%	к-сть осіб	%
10	20%	14	28%	19	38%	7	14 %	50	100%

Відповідно до норм і орієнтирів, передбачених методом представляємо кількість балів та відсотки, які їм відповідають:

Норми залежать від адаптації (німецька оригінальна, українська версії). У стандартній адаптації для здорових дорослих (загальний бал): 50% осіб: <14 балів; 75% осіб: <20 балів, 100% осіб (верхня межа норми): <40 балів.

У нашому дослідженні за результатами опитування вчителів закладів загальної середньої освіти бали >40 вказують на патологію. У дослідженнях на вибірці стану психосоматичних скарг вчителів (27–60 років) середні значення:

виснаження — 6,00; опорно-руховий — 45,50; шлункові — 5,75; головні болі — 7,00 (переважно "формується" рівень).

Серед 26 вчителів, набрано найбільше балів по шкалам «Виснаження», «Ревматичний фактор», Шлункові скарги та «Серцеві скарги». Вік опитуваних різний, як і вид діяльності (три педагога, що мають подвійне навантаження 35 годин на тиждень та класне керівництво; двоє мають проблеми в особистому житті і це впливає на ритм серця та ускладнення його роботи; два педагога мають слабе здоров'я, пов'язане з ревматичним фактором; двоє педагогів показують значне виснаження внаслідок проблем в особистому житті та у комунікації з колегами). 36 педагогів працюють у звичайних закладах загальної середньої освіти, 9 – у ліцєях; 5 – у приватних закладах загальної середньої освіти. 7 осіб задоволені якістю життя, 25 – частково задоволені; 18 - зовсім незадоволені. 2 особи не мають діагностованих захворювань, 7 – мають по одному захворюванню, 4 – два захворювання, 2 – три захворювання. У 5 жінок є захворювання опорно-рухового апарату та щитоподібної залози, у 3 – ШКТ та шкірні захворювання.

Опитуваних показує: високий показник виснаження, що вказує на втрату їх життєвої енергії і потребу в допомозі; ревматичний чинник, який вказує на болі пов'язані з ревматичним фактором та ШКТ.

Результати опитування не показали високу інтенсивність соматичних скарг, це говорить про те, що вчителі, які взяли участь у дослідженні мають середній та низький рівень адаптивних можливостей і здатні самостійно відновлюватись.

Опитувані набрали найбільшу кількість балів по показникам «Виснаження» (52,0% (26 осіб з 50), «Болі в різних частинах тіла» або «Ревматичний фактор» (40,0% (20 осіб з 50), «Серцеві скарги» (40,0% (20 осіб з 50)). За результатами опитування, з них не мають діагностованих захворювань 40 % (20 осіб) вчителів.

При порівнянні критеріїв «Виснаження» та «Ревматичні фактори» (наведені в таблиці 2.2) серед вчителів, як тих, що не підтвердили наявність

захворювань, які відносяться до психосоматичних, так і тих, що підтвердили наявність розладів не виявлено статистичної значущості. Проте, при порівнянні відповідей опитуваних, встановлено наявність статистичної значимості. Таким чином, статистично встановлено, що найчастіше ті, хто підтвердили наявність розладів з переліку, відзначають наявність факторів «Виснаження» та «Ревматичних факторів» не залежно від статі.

Для виконання завдань дослідження було використано методику «Адаптивні можливості атрибутивного стилю дорослих», що визначає комплекс взаємозв'язків атрибутивного стилю та особистісних властивостей, що впливають на діалогічність повсякденної свідомості та адаптивність суб'єкта. Для цього ми здійснили тестування серед 50-ти вчителів, які працюють у закладах загальної середньої освіти м. Києва.

У процесі діагностики ми визначили вчителів з високою силою Я, впевненістю в собі, високою адаптивністю психологічного захисту та високими можливостями адаптивності атрибутивного стилю. Також було виявлено вчителів зі слабким Я, невпевнених у собі, схильних до тривожності з високим почуттям провини та низькою адаптивністю психологічного захисту (Додаток Д).

Таблиця 2.4

Результати діагностики за методикою «Адаптивні можливості атрибутивного стилю»

Рівень адаптивних можливостей АС	Сила Я		Почуття провини		Механізми психологічного захисту		Загальний результат (адаптивні можливості АС)	
	К-сть учасників	%	К-сть учасників	%	К-сть учасників	%	К-сть учасників	%
Низький (0-14)	8	16	7	14	4	8	-	-
Середній (15-49)	28	56	16	32	15	30	44	88
Високий (від 50)	-	-	-	-	-	-	6	12

Отже, за результатами опитування та узагальнення даних ми можемо констатувати, що 56% вчителів мають середній рівень адаптивних можливостей з високою «Силою Я», а це свідчить про те, що ці вчителі реально оцінюють ситуацію, вибирають найефективніші стратегії поведінки та управління ситуацією, намагаються розвивати стресостійкість і намагаються не піддаватись впливу оточуючих та тиску обставин.

16% вчителів мають низький рівень адаптивних можливостей з низькою «Силою Я». Ці вчителі швидко втомлюються, часто діють хаотично, відрізняються низькою стресостійкістю, тривожністю, бояться брати на себе відповідальність. схожі з поведінкою людини з низькою «Силою Я».

Також, 32% опитаних вчителів показала середній рівень адаптивних можливостей почуття провини, що свідчить про схильність до страхів, тривогу, схильність до самокритики та самозвинувачення, болісного реагування на зауваження оточуючих. 14% показали низький рівень адаптивних можливостей почуття провини, що свідчить про те, що ці особи впевнені у собі, нечутливі до оцінок оточуючих, спокійні, життєрадісні, не схильні до страхів.

30% опитаних вчителів показала середній рівень адаптивних можливостей придбаної (вивченої) безпорадності, що свідчить про безпорадність у впливі на негативну ситуацію, депресію, яка починає формуватися та виявляють нездатність використовувати наявні стратегії і пасивність у прийнятті ситуації. 8% опитаних вчителів показала низький рівень адаптивних можливостей, що свідчить про вміння впливати на негативну ситуацію та використовувати наявні стратегії для виходу з них.

Вчителів з високим рівнем адаптивних можливостей 12%, що свідчить про їхню здатність реально оцінювати ситуацію, вони впевнені в собі, мають високу адаптивність психологічного захисту та високі можливості адаптивності атрибутивного стилю.

Для встановлення зв'язку між психологічними особливостями та фізичним самопочуттям учасників дослідження (вчителів) було використано коефіцієнт кореляції Пірсона. Цей коефіцієнт вимірює лінійну залежність між двома змінними, де значення від -1 до 1 вказує на силу та напрямок зв'язку. r від -1 до 1: Позитивне значення — прямий зв'язок, негативне — зворотний. При $p < 0.05^{**}$ — кореляція статистично значуща. Наприклад: $r = 0.65$, $p = 0.002$ — сильний позитивний зв'язок.

Таблиця 2.5

Результати (атрибутивні стилі) за методикою Фонхама $n=50$

Атрибутивний стиль	Кількість учасників	Відсоток
Позитивний (180–240)	1	2.04%
Середній (100–179)	42	83.67%
Негативний (0–99)	7	14.29%

Згідно методики Фонхама більшість учасників мають негативний та середній атрибутивний стилі (83.67% та 14.29%, відповідно), що свідчить про негативну інтерпретацію ситуацій більшістю учасників дослідження, що може призводити до депресивних станів та психосоматичних розладів, в результаті постійного стресу (табл. 2.5).

З табл. 2.6 видно, що у негативних ситуаціях частка учасників із низьким рівнем інтернальності (12.24%) вища, ніж у позитивних (8.16%), а середній рівень зменшується (81.63% проти 87.76%). Це може вказувати на тенденцію до меншої впевненості у власному контролі над негативними подіями (табл. 2.6).

У позитивних ситуаціях більше учасників із високим рівнем стабільності АС (16.33% проти 12.24%), що може свідчити про сприйняття позитивних подій як більш стабільних у часі порівняно з негативними.

Таблиця 2.6

Результати за критеріями атрибутивного стилю

(для позитивних та негативних ситуацій)

Критерій	Ситуації	Низький (0–8)	Середній (9–15)	Високий (16–24)
Інтернальність	Позитивні	8.16%	87.76%	4.08%
Інтернальність	Негативні	12.24%	81.63%	6.12%
Стабільність	Позитивні	8.16%	75.51%	16.33%
Стабільність	Негативні	8.16%	79.59%	12.24%
Генералізація	Позитивні	0%	93.88%	6.12%
Генералізація	Негативні	0%	89.80%	10.20%
Екстернальність	Позитивні	2.04%	93.88%	4.08%
Екстернальність	Негативні	4.08%	91.84%	4.08%
Персональний контроль	Позитивні	4.08%	91.84%	4.08%
Персональний контроль	Негативні	24.49%	67.35%	8.16%

У негативних ситуаціях більше учасників із високим рівнем генералізації (10.20% проти 6.12%), що може вказувати на схильність ширше узагальнювати причини негативних подій (табл. 2.6).

Незначне зростання низького рівня екстернальності в негативних ситуаціях (4.08% проти 2.04%) може свідчити про більшу схильність приписувати негативні події зовнішнім факторам.

Найпомітніша різниця щодо персонального контролю — у негативних ситуаціях значно більше учасників із низьким рівнем (24.49% проти 4.08%), а середній рівень зменшується (67.35% проти 91.84%). Це вказує на зниження відчуття особистого контролю в негативних ситуаціях.

Таблиця 2.7

Кореляція між результатами за шкалами методик

«Адаптивні можливості атрибутивного стилю» та «Гісенський опитувальник психосоматичних скарг» (за Пірсоном) n=50

Змінна	Виснаження	Шлункові скарги	Ревматичний фактор	Серцеві скарги	Інтенсивність скарг
--------	------------	-----------------	--------------------	----------------	---------------------

Сила-Я	-0.086	0.030	0.096	-0.014	-0.003
Почуття провини	0.356	0.364	0.292	0.387	0.408
Дезад. Психолог. захисту	0.187	0.263	0.231	0.279	0.269
Адаптивні можл. АС	0.209	0.302	0.251	0.287	0.287

Відсутня кореляція Сили-Я з усіма змінними (виснаження: -0.086, шлункові скарги: 0.030, ревматичний фактор: 0.096, серцеві скарги: -0.014, інтенсивність скарг: -0.003). Це свідчить про те, що Сила-Я не має значного лінійного зв'язку з фізичними скаргами.

Почуття провини дає помірну позитивну кореляцію з усіма змінними, особливо з інтенсивністю скарг (0.408) та серцевими скаргами (0.387). Це може вказувати на те, що вищі рівні почуття провини асоціюються з більш вираженими фізичними скаргами (табл. 2.7).

Деадаптивність психологічного захисту має слабку позитивну кореляцію з усіма змінними (найвища з серцевими скаргами $r=0.279$). Це може свідчити про те, що висока деадаптивність психологічного захисту пов'язана з більшими фізичними скаргами.

Загальний результат (адаптивні можливості атрибутивного стилю мають слабку до помірної позитивну кореляцію, найвища з шлунковими скаргами (0.302) та інтенсивністю скарг (0.287). Це вказує на те, що загальний психологічний стан може частково впливати на тілесні відчуття. Кореляція позитивна, оскільки високий бал по адаптивним можливостям АС позначає навпаки – низький рівень адаптивних можливостей атрибутивного стилю.

Отже, найсильніший зв'язок спостерігається між почуттям провини та інтенсивністю скарг ($r = 0.408$), що вказує на помірну позитивну кореляцію. Це може означати, що люди з вищим почуттям провини частіше повідомляють про більш інтенсивні фізичні скарги.

Сила-Я має найслабший зв'язок із фізичними скаргами, що може свідчити про її менший вплив на фізичний стан порівняно з іншими психологічними змінними.

Загалом кореляції є слабкими до помірних, що може вказувати на те, що психологічні змінні лише частково пояснюють фізичні скарги, і можуть діяти інші фактори.

Таблиця 2.8

Кореляція між результатами за шкалами методик
«Методика діагностики атрибутивного стилю Фонхама» та «Гісенський
опитувальник психосоматичних скарг» (за Пірсоном) $n=50$

Змінна	Виснаження	Шлункові скарги	Ревматичний фактор	Серцеві скарги	Інтенсивність скарг
Інтернальність (приємні, F)	-0.077	-0.108	-0.028	-0.089	-0.094
Стабільність (приємні, G)	-0.008	0.040	0.042	-0.007	0.018
Генералізація (приємні, H)	0.015	-0.008	0.075	-0.029	0.013
Екстернальність (приємні, I)	-0.025	-0.043	0.016	-0.054	-0.031
Персональний контроль (приємні, J)	-0.087	-0.080	-0.035	-0.093	-0.092
Загальний бал (приємні, K)	-0.042	-0.041	0.020	-0.058	-0.037
Інтернальність (неприємні, L)	-0.073	-0.060	-0.002	-0.066	-0.054
<i>Продовження таблиці 2.8</i>					
Стабільність (неприємні, M)	-0.029	0.013	-0.006	-0.018	-0.008
Генералізація (неприємні, N)	-0.039	-0.047	0.009	-0.058	-0.039
Екстернальність (неприємні, O)	-0.027	-0.041	0.013	-0.053	-0.035

Персональний контроль (неприємні, P)	-0.091	-0.086	-0.042	-0.094	-0.094
Загальний бал (неприємні, Q)	-0.059	-0.042	-0.005	-0.058	-0.046
Загальний бал АС (R)	-0.054	-0.042	0.003	-0.060	-0.047

Усі коефіцієнти кореляції є дуже слабкими (близькими до 0), що вказує на відсутність лінійного зв'язку між складовими атрибутивного стилю та фізичними скаргами у вчителів.

Найвищі значення кореляції (за модулем) не перевищують $r=-0.108$, що свідчить про дуже слабкий зв'язок.

Інтернальність (приємні ситуації) дає слабку негативну кореляцію з шлунковими скаргами ($r=-0.108$). Це може вказувати на те, що вищий рівень інтернальності в приємних ситуаціях дещо знижує ймовірність шлункових скарг, але зв'язок дуже слабкий (табл.). Можливо, його потрібно перевірити на більшій вибірці.

У попередньому варіанті кореляції показали дещо сильніші зв'язки (наприклад, 0.408 для почуття провини з інтенсивністю скарг) (табл.). Це може свідчити про те, що змінні Сила-Я, почуття провини тощо мають більший вплив на фізичні скарги, ніж класичні складові атрибутивного стилю (інтернальність-екстернальність, генералізація, стабільність причин ситуації), але потрібна перевірка цього припущення на більшій вибірці.

Кореляційний аналіз за Спірменом оцінює зв'язки між змінними на основі їхніх рангів. Спробуємо порівняти попередні результати кореляційного аналізу з результатами за Спірменом.

Таблиця 2.9

Кореляція між результатами за шкалами методик «Адаптивні можливості атрибутивного стилю» та «Гісенський опитувальник психосоматичних скарг» (за Спірменом) $n=50$

Змінна	Виснаженн я	Шлункові скарги	Ревматичний фактор	Серцеві скарги	Інтенсивність скарг
Сила-Я (B)	-0.092	0.028	0.103	-0.017	-0.006
Почуття провини (C)	0.372	0.380	0.305	0.403	0.426
Дезад. Психолог. захисту (D)	0.195	0.275	0.243	0.291	0.281
Адаптивні можл. АС (E)	0.232	0.342	0.258	0.324	0.315

Кореляція за коефіцієнтом Спірмена для почуття провини (C) показує дещо вищі значення (наприклад, 0.426 для інтенсивності скарг у порівнянні 0.408 за Пірсоном), що може вказувати на наявність монотонних, але не строго лінійних зв'язків (табл. 2.9).

Для Я-сили (B), дезадаптації (D) і загального результату (E) значення Спірмена дуже близькі до Пірсона, що свідчить про те, що зв'язки переважно лінійні або дуже слабкі.

Найсильніший зв'язок залишається для почуття провини (C) з інтенсивністю скарг (W) ($R = 0.426$).

Отже, за критерієм Спірмена також підтверджено, що почуття провини має найсильніші зв'язки з фізичними скаргами, особливо з інтенсивністю скарг ($R = 0.426$) та серцевими скаргами ($R = 0.403$). Це вказує на те, що вищі рівні почуття провини асоціюються зі зростанням фізичних скарг.

Загальний результат (адаптивні можливості атрибутивного стилю) і дезадаптивність психологічного захисту показують слабкі до помірних зв'язки, особливо зі шлунковими та серцевими скаргами (максимум $R = 0.342$). $R = 0.342$ – кореляція адаптивних можливостей атрибутивного стилю (АС) з шлунковими скаргами).

Сила-Я має дуже слабкі або відсутні зв'язки з фізичними скаргами, що підтверджує її мінімальний вплив на фізичний стан.

Зв'язки за коефіцієнтом Спірмена є слабкими до помірних, що схоже на результати за Пірсоном. Це може свідчити про те, що психологічні змінні частково впливають на фізичні скарги, але інші фактори також відіграють значну роль.

Для перевірки значущості кореляцій потрібні р-значення. З вибіркою $n=50$, кореляції вище ~ 0.28 можуть бути значущими на рівні $p \geq 0.05$.

Таблиця 2.10

Кореляція між результатами за шкалами методик
«Методика діагностики атрибутивного стилю Фонхама» та «Гісенський
опитувальник психосоматичних скарг» (за Спірменом) $n=50$

Змінна	Виснаження	Шлункові скарги	Ревматичний фактор	Серцеві скарги	Інтенсивність скарг
Інтернальність (приємні, F)	-0.087	-0.118	-0.033	-0.097	-0.103
Стабільність (приємні, G)	-0.015	0.035	0.038	-0.012	0.011
Генералізація (приємні, H)	0.021	-0.013	0.069	-0.034	0.008
Екстернальність (приємні, I)	-0.031	-0.048	0.012	-0.059	-0.037
Персональний контроль (приємні, J)	-0.095	-0.089	-0.041	-0.101	-0.100
Загальний бал (приємні, K)	-0.049	-0.046	0.016	-0.064	-0.043
Інтернальність (неприємні, L)	-0.080	-0.066	-0.008	-0.073	-0.061
Стабільність (неприємні, M)	-0.034	0.009	-0.011	-0.023	-0.013
Генералізація (неприємні, N)	-0.045	-0.052	0.005	-0.064	-0.044
Екстернальність (неприємні, O)	-0.033	-0.046	0.009	-0.059	-0.040

Персональний контроль (неприємні, P)	-0.099	-0.094	-0.048	-0.102	-0.101
Загальний бал (неприємні, Q)	-0.065	-0.048	-0.010	-0.064	-0.052
Загальний бал АС (R)	-0.061	-0.047	-0.001	-0.066	-0.053

Попередній кореляційний аналіз за Пірсоном показав максимум $r = -0.108$ (інтернальність зі шлунковими скаргами). Коефіцієнт Спірмена дає схожі результати ($R = -0.118$), що підтверджує слабкість зв'язків і відсутність сильних монотонних чи лінійних залежностей (табл. 2.8).

Психологічні показники (інтернальність, стабільність, генералізація, екстернальність, персональний контроль, загальні бали АС) мають дуже слабкі монотонні зв'язки з фізичними скаргами. Найвищий коефіцієнт $R = -0.118$ (для інтернальності зі шлунковими скаргами). Оскільки при вибірці $n=50$, кореляції нижче ~ 0.28 зазвичай не є значущими на рівні $p \geq 0.05$, то всі значення в цій матриці незначущі,

Таким чином аналіз за Спірменом показав сильніші зв'язки між почуттям провини та інтенсивністю фізичних скарг ($R = 0.426$). Але кореляції між складовими методики Фонхама та Гісенського опитувальника соматичних скарг залишаються слабкими.

Проведення кількісного аналізу результатів дослідження показало, що найбільші проблеми атрибутивного стилю (прояв песимістичного стилю) та психосоматичних розладів характерні для вчителів, які ще не адаптувались в шкільному середовищі, але ознаки за показниками не критичні, що свідчить про перспективну адаптацію до умов життєдіяльності та реалізації себе як педагога.

2.3. Методичні рекомендації щодо профілактики та допомоги при психосоматичних розладах

Щоб підтримувати бажаний рівень психологічного здоров'я та збільшити адаптивні можливості власного атрибутивного стилю, потрібно якомога оптимістичніше дивитися на невизначене і, нехай ще примарне, майбутнє, цінувати теперішнє, незважаючи на його складність і нерідко травматичність, творчо підходити до минулого і намагатися сміливіше редагувати болючі спогади.

Важливо, щоб особистість почувала себе цілісною в будь-якій ситуації, особливо важливо це для вчителя, психологічне самопочуття якого впливає на учнів та суспільство в цілому. Крім особистісної цілісності, самореалізованості і самоврегульованості, важливими також є – адаптивність, збалансованість та креативність, схильність до сенсоутворення, здатність до осмислення набутого досвіду, вміння радіти життю (ціннісно-смысловий рівень), схильність до емпатії, співпраці та відповідальності (соціально-психологічний рівень).

Вчителя, як й інші категорії населення під час війни є вразливими, вони мають різні стартові умови, різні ресурсні можливості для збереження свого психологічного здоров'я. Готовність бачити власне сьогодення з усіма його складнощами, здатність тверезо приймати свою виснаженість, а часом і безпорадність, вміння приймати зовнішню підтримку і допомогу – усе це важливі передумови самозбереження. Інструментом самозбереження є численні повсякденні практики як повторювані акти щоденного життєконструювання особистості, звичні, адаптивні способи турботи про себе, техніки конституювання себе, модуси екіпіровки себе до буття.

Ці практики можуть бути як стабілізаційними, так і перетворювальними. Це різні способи самопомоги за травматичних життєвих обставин, які допоможуть подолати негативні наслідки травматичного досвіду.

Розгляньмо їх, розпочинаючи з найбільш поширених, оскільки поширеність є непрямим свідченням ефективності практикування.

Звичайні щоденні практики та дії. Люди звертаються до повсякденних справ, задовольняють базові потреби, захищаючись у такий спосіб від надмірно сильних воєнних вражень: «Займаюся механічною роботою – прибираю», «Допомагають алкоголь і прогулянки із собакою», «Бігаю», «Ходжу пішки», «Здійснюю прогулянки парком чи лісом», «Готую страви».

Комунікативні практики, пов'язані з пошуком сенсу життя, підтримки від близьких, в стосунках з іншими людьми, турботою про дітей, батьків, домашніх тварин. Багато людей вважають, що саме діти та близькі люди дають сили і допомагають вистояти в будь-яких складних ситуаціях.

Практики пов'язані з роботою, з пошуком опори в професійній діяльності, навчанні. Повне занурення в навчання, роботу, заробляння грошей для сім'ї самооздоровлює, бо найкраще переводить увагу, відволікає від воєнних переживань.

Волонтерська діяльність. Ситуація, коли людина шукає опору у волонтерстві, допомозі ЗСУ, тим, хто втратив житло, має родичів-інвалідів, людям на окупованих територіях, тваринам тощо. Ці практики є ефективним способом переведення уваги з власних тривог і страхів на проблеми тих, кому важче: «Плетемо для військових маскувальні сітки, готуємо смаколики...»,

Практики пов'язані з розвитком рефлексій через пошук опори у власному досвіді, набутих раніше навичках самовладання, почутті відповідальності за майбутнє, готовності самостійно змінювати власне життя, приймати відповідальні рішення. Це вміння аналізувати ті емоції, які вже людина пережила і знаходити ресурс для відновлення.

Практики з патріотичним настроєм. Люди відновлюють власну цілісність, яскраво переживаючи національну єдність, згуртованість, віру в перемогу, гордість за мужніх воїнів. Коли людина хоче вірити у відбудову та розвиток країни, будує плани майбутнього життя».

Практики, які надихають, духовно розвивають. У цьому контексті людина читає духовну літературу, молиться, підтримує інших.

Інформаційні практики, що спонукають людину бути весь час у тонусі: лайкати пости про героїв, цікавитись подіями на фронті, читають статті аналітиків та інше.

«Практики консультативно-терапевтичні» («займаюся з терапевтом», «увесь цей час беру психологічну підтримку», «ходжу в онлайн-групу»).

Навіть вправно володіючи прийомами самопідтримки і самовідновлення, людина завжди може збагатити власні можливості завдяки апробації нових практик. Це можуть бути, наприклад, самовідновлення за допомогою спілкування з природою, подорожі Україною на доступні сьогодні відстані, онлайн-мандрівки різними країнами, вебекскурсії всесвітньо відомими музеями, перегляд театральних вистав, бібліотерапія, участь у медитативних чайних церемоніях, ведення власного ютуб-каналу тощо.

Щоб практики, спрямовані на підтримку психологічного здоров'я, стали ефективними, потрібні:

- 1) наявність хоча б відносно прогнозованого, миролобного середовища, що задовольняє потребу в захищеності і безпеці;
- 2) фізична і розумова активність, професійна і волонтерська діяльність, що піднімають самооцінку і відволікають від травматичних переживань, переводять увагу на продуктивний пошук і розслабляють, знижують стресове навантаження;
- 3) соціальна підтримка, контакти з оточенням, теплі стосунки з близькими, взаєморозуміння;
- 4) внутрішня рівновага, яка досягається і завдяки виконанню фізичних вправ, і завдяки спілкуванню з друзями, домашніми улюбленцями, природою, мистецтвом, і за допомогою медитативних, релігійних, духовних технік.

Висновки до розділу 2

Отже, в межах діагностичного блоку дослідження за допомогою кореляції за Пірсоном було встановлено, що існують зв'язки адаптивних можливостей атрибутивного стилю зі схильністю осіб до психосоматичних розладів. Було констатовано, що результати діагностики атрибутивного стилю дорослих осіб з психосоматичними розладами, у даному, конкретному дослідженні – вчителів, що працюють у закладах загальної середньої освіти у різних життєвих ситуаціях свідчить, що кожна особистість розробляє свою власну траєкторію виходу зі складної ситуації, тобто формує власний атрибутивний стиль. За результатами проведеного емпіричного дослідження можемо констатувати, що 56% вчителів мають середній рівень адаптивних можливостей з високою «Силою Я», а це свідчить про те, що ці вчителі реально оцінюють ситуацію, вибирають найефективніші стратегії поведінки та управління ситуацією, намагаються розвивати стресостійкість і намагаються не піддаватись впливу оточуючих та тиску обставин. У той же час, 16% вчителів мають низький рівень адаптивних можливостей та низький рівень «Сили Я». Це свідчить про те, що вони швидко втомлюються, діють хаотично, відрізняються низькою стресостійкістю, тривожністю, не готові брати на себе відповідальність.

Здійснений аналіз за Спірменом показав сильніші зв'язки між почуттям провини та інтенсивністю фізичних скарг ($R = 0.426$). У той же час, проведений кількісний аналіз результатів дослідження показав, що найбільші проблеми атрибутивного стилю (прояв песимістичного стилю) та психосоматичних розладів характерні для вчителів, які ще не адаптувались в шкільному середовищі, але ознаки за показниками не критичні, що свідчить про перспективну адаптацію до умов життєдіяльності та реалізації себе як педагога.

ВИСНОВКИ

Отримані результати дослідження дозволили сформулювати такі висновки:

1. У результаті ознайомлення та вивчення теоретичних основ дослідження взаємозв'язку адаптивних можливостей та атрибутивного стилю дорослої особистості з психосоматичними розладами було виявлено та систематизовано наукові підходи українських та зарубіжних вчених, уточнено важливі визначення та поняття. Розкрито сутність поняття «психосоматика», «психосоматичні захворювання».

2. Доведено, що адаптивні функції атрибутивного стилю можна вивчати у взаємозв'язку зі схильністю до психосоматичних розладів, виявляти їх взаємодію та здатність людини адаптуватись в різних життєвих ситуаціях.

3. Кореляційний аналіз взаємозв'язків між схильністю до психосоматичних розладів та складовими атрибутивних стилів й їх адаптивними можливостями довів, що існують зв'язки на рівні тенденції лише між складовими адаптивних можливостей атрибутивного стилю та психосоматичними проявами, в той час як зв'язків між психосоматичними проявами та складовими атрибутивних стилів (інтернальність-екстернальність, генералізація, стабільність причин ситуації) виявлено не було. Найвищі зв'язки спостерігаються між почуттям провини та проявами психосоматичних розладів: інтенсивністю скарг серцевими, шлунковими скаргами, ревматичним фактором та виснаженням, дещо меншими були зв'язки цих проявів з механізмами психологічного захисту та низьким рівнем адаптивних можливостей атрибутивного стилю. Сила-Я має найслабший зв'язок із фізичними скаргами, що може свідчити про її менший вплив на фізичний стан порівняно з іншими психологічними змінними. Загалом кореляції є слабкими до помірних, що може вказувати на те, що психологічні змінні лише частково пояснюють фізичні скарги, і можуть діяти інші фактори. Але потрібна перевірка отриманих результатів на більшій вибірці.

4. Розроблено методичні рекомендації щодо профілактики та допомоги особам зі схильністю до психосоматичних розладів. Показано, що вкрай важливо, щоб особистість почувала себе цілісною в будь-якій ситуації, особливо важливо це для вчителя, психологічне самопочуття якого впливає на учнів та суспільство в цілому. Крім особистісної цілісності, самореалізованості і самоврегульованості, важливими також є – адаптивність, збалансованість та креативність, схильність до сенсоутворення, здатність осмислювати отриманий досвід, здатність відчувати радість від кожної миті життя (ціннісно-смысловий рівень), розвивати схильність до емпатії, співпрацювати та відповідально ставитись до будь-якої діяльності (соціально-психологічний рівень).

Список використаних джерел

1. Бамбурак Н. (2019) Концептуальні орієнтири дослідження проблеми психосоматичних розладів // Збірник наукових праць Національної академії державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки.. № 3. С. 5-17.
2. Букатару Юліана, (2020) Рева Марина, Березяк Ксенія, Формування та класифікація психосоматичних розладів. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія. 1(11). Київ. С. 22-26
3. Волошко Н.І. (2009) Психологічні особливості внутрішньо особистісних конфліктів у хворих на артеріальну гіпертензію: монографія. К.: Наук. світ,. 198 с.
4. Волошко Н.І. (2015) Психосоматичні хвороби як результат впливу негативних психологічних факторів // Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. Проблеми сучасної психології. № 30. С. 126-135;
5. Ільїна Ю.Ю. (2018) Адаптивність особистості як умова перцептивно-інтерактивної компетентності. Сучасні проблеми правового, економічного та соціального розвитку держави. Харків https://univd.edu.ua/general/publishing/konf/30_11_2018/pdf/158.pdf
6. Клібайс Т. В. (2007) Дослідження атрибутивного стилю особистості: новий підхід. / Наукові студії із соціальної та політичної психології: Зб. статей / Ін-т соціальної та політичної психології АПН України. К.: Міленіум. Вип. 16 (19). С. 199–204.
7. Клібайс Т. В. (2008) Методика визначення адаптивних можливостей атрибутивного стилю особистості: експериментальне обґрунтування // Практична психологія та соціальна робота. № 2. С. 64–67.
8. Клібайс Т. Специфіка становлення атрибутивного стилю дорослих як ресурсного потенціалу особистості. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2021. Випуск 10. С. 91–96. Visnyk of the Lviv University.

- Series Psychological sciences. Issue 10. P. 91–96. DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2021.10.13>
9. Кузнєцова О. В. (2013) Адаптивність особистості як чинник професійної надійності у представників екстремальних видів діяльності. Психологія. "Наука і освіта", №7 <http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/7102/1/Kuznetsova.pdf>
 10. Огоренко В. В., Шорніков А. В. (2019). Інтегративний підхід в генезі психосоматичних розладів. Вісник проблем біології і медицини, 4(2) (154), 14-17.
 11. Перетятко Л. Г., Тесленко М. М. (2017) Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми // Психологія і особистість.. No2(12). С. 137–147.
 12. Седих К. В. Формування психосоматичної компетентності в психологічному консультуванні подружніх пар // Психологія і особистість 2017. No 2 (12). С. 158-167.
 13. Седих К. В. Формування психосоматичної компетентності в психологічному консультуванні подружніх пар // Психологія і особистість 2017. № 2 (12). С. 158-167.
 14. Сельє Г. (2016) Стресс без дистресса. // Журнал неврології ім. Б. М. Маньковського. Т. 4, № 1. С. 78-89. http://nbuv.gov.ua/UJRN/jorn_2016_1_13.
 15. Чабан, О. С. (2023). "Психосоматика та емоції, що вбивають". Простими словами. Психологія та наука. Вилучено з: <https://www.youtube.com/watch?v=MVbktKKAY-M>.
 16. Черезова І. (2021) Адаптивна поведінка особистості в контексті життєвих криз. https://www.researchgate.net/publication/351771007_ADAPTIVNA_POVEDI_NKA_OSOBISTOSTI_V_KONTEKSTI_ZITTEVIH_KRIZ
 17. Alexander, F. (1953). *Psychosomatic medicine: It's principles and application*. Konald. <https://www.britannica.com/biography/Franz-Alexander#ref838920>
 18. Bahman Tofighi (2018) A Study of the Relationship Between Stress and Psychosomatic Disorders. Department of Consulting, Bushehr Branch, Islamic

- azad University, Bushehr, Iran. International Journal of Contemporary Medicine Surgery and Radiology Volume 3. Issue 1. January-March <https://surl.li/yjsbwk>
- 19.Bar-Tal D. (1982) The effects of teachers behavior on pupils attributions: A review. [edited by C. Antaki, and C. Brewin]. / Attributions and Psychological Change. London: Academic Press.. P. 177-194. <https://surl.li/hpqhzg>
 - 20.Brian R. (2023) Flay, Carol G. Allred, Kendra M. Lewis, Niloufar Bavarian, Megan Haynes. The Affirmative Action Program: Improving Knowledge, Behavior, and Character by Teaching Comprehensive Skills for Success in School and Life <https://surl.li/jptzpz>
 - 21.Burgdorf, J., & Panksepp, J. (2006). The neurobiology of positive emotions. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 30, 173–187. https://www.researchgate.net/publication/7660038_The_Neurobiology_of_Positive_Emotions
 - 22.Carl Rogers. (2018) A Humanistic Approach Jessica Rodriguez Post University https://www.researchgate.net/publication/324261257_Carl_Rogers
 - 23.Chandrashekhar C R, Math S B. (2006) Psychosomatic disorders in developing countries; current issues and future challenges, current opinion in psychiatry; 19 (2):201-206
 - 24.Christopher Peterson, Martin E. Seligman. (1984) Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence. https://www.researchgate.net/publication/374663117_Causal_explanations_as_a_risk_factor_for_depression_Theory_and_evidence
 - 25.Dhimole et Al. (2012) A Simple Working Type Classification Proposed for the Psychosomatic Disorders of the Oral Cavity. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan. 22 (3): 612-614.
 - 26.Dhimole et Al. (2016) Psychosomatic Disorders Affecting the Mouth: A Critical Review. British Journal of Medicine and Medical Research;14 (1):1-9.
 - 27.Hamida, X.-H. (2009). Névrose, psychosomatique et fonctionnement limité : approche clinique projective : *du destin des pulsions agressives*. Psychologie.

Université Nancy 2, Français. <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01752704/document>

28. Jacqueline M. Atkinson. (2014) Advance Directives in Mental Health: Theory, Practice and Ethics. Journal of Mental Health Law May. https://www.researchgate.net/publication/291575991_Advance_Directives_in_Mental_Health_Theory_Practice_and_Ethics_by_Jacqueline_M_Atkinson
29. Jaspers K. (2014) General psychopathology. Baltimore and London: John Hopkins University Press 1959/1997 https://www.researchgate.net/publication/298650565_Karl_Jaspers'_Philosophy_and_Psychopathology
30. Klibais T.V. Diagnostic properties of the technique “adaptive possibilities of the attributive style of adults”. Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, II(10), Issue: 20, 2014 <https://seanewdim.com/wp-content/uploads/2021/02/Klibais-T.V.-The-diagnostic-properties-of-questionnaire-Adaptive-capacity-of-attributive-style-for-adults.pdf>
31. Kokun, A. N. (Ed.) (2013). Psykhofiziologichne zabezpechennya stanovlennya fakhivtsya u profesiakh typu «lyudyna-lyudyna» Kirovograd: Imeks-LTD. https://lib.iitta.gov.ua/1651/1/Кокун_Монорг_12.pdf
32. Kosholap, A., Maksymchuk, B., Branitska, T., Martynets, L., Boichenko, A., Stoliarenko, O., Matsuk, L., Surovov, O., Stoliarenko, O., & Maksymchuk, I. (2021).
33. Kwon P. (1999) Attributional style and psychodynamic defense mechanisms: Toward an integrative model of depression. Journal of Personality. Vol. 67. P. 645-658. <https://surl.li/ulkoui>
34. Kwon P., Lemon K. (2000) Attributional style and defense mechanisms: A synthesis of cognitive and psychodynamic factors in depression. Journal of Clinical Psychology. Vol. 56. P. 723-735. <https://surl.li/joejty>
35. Nagabhushana D, B. Balaji Rao, Mamtha GP, Rajeshwari annigaeri, Raviraj J. Stress related disorders – A review JIAOMR 2004,16:03 (5):197-200

https://www.researchgate.net/publication/269694413_Stress_Related_Oral_Disorders_-_A_Review

36. Neuropsychological Bases of Self-Improvement of Own Physical Health of Future Teachers in the Course of University Education. BRAIN. (2021) *Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 12(3), 171-190.
<https://doi.org/10.18662/brain/12.3/226>
37. Osnovy reabilitatsiynoyi psykholohiyi: podolannya naslidkiv kryzy (2018). [Fundamentals of rehabilitation psychology: overcoming the consequences of the crisis] (2018), 3, p. 236. L. Gridkovets.
<https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf>
38. Perrez M. (1989) Psychotherapeutic methods between scientific foundation and everyday knowledge // *New Ideas in Psychology*. Vol. 7, N 2. P. 133-145.
39. Perrez M. (1994) Stress and Coping with stress in the Family / Research report. Institute of Psychology. University of Fribourg (Switzerland). Fribourg,
40. Philip M. Sedgwick (2012) Pearson's correlation coefficient
https://www.researchgate.net/publication/275470782_Pearson's_correlation_coefficient
41. Prots, R., Yakovliv, V., Medynskyi, S., Kharchenko, R., Hryb, T., Klymenchenko, T., Ihnatenko, S., Buzhyna, I., & Maksymchuk, B. (2021). Psychophysical Training of Young People for Homeland Defence Using means of Physical Culture and Sports. BRAIN. *Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 12(3), 149-171. <https://doi.org/10.18662/brain/12.3/225>
42. Seligman M.E.P. (1975) Helplessness: On Depression, Development, and Death. San-Francisco: New York: W.H. Freeman..
<https://ru.scribd.com/document/394405089/Martin-E-P-Seligman-Helplessness-on-Depressio-B-ok-cc>
43. Seligman M.E.P. (1991) Learned optimism. New York: Alfred A. Knopf.
<https://www.savetoalistebalans.rs/wp-content/uploads/2021/06/Learned-Optimism-by-Seligman-Martin.pdf>

44. Weiner B. (1982) An Attributional Theory of Motivation and Emotion
https://www.researchgate.net/publication/232489124_An_Attribution_Theory_of_Motivation_and_Emotion
45. Weiner B. (1983) An Attributional Theory of Motivation and Emotion
https://www.researchgate.net/publication/232489124_An_Attribution_Theory_of_Motivation_and_Emotion
46. Wise, T.N. (2014). Psychosomatics: Past, Present and Future. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83. <https://www.karger.com/Article/Pdf/356518>

ДОДАТКИ

Додаток А

Модифікований тест А. Фонхама «Атрибутивний стиль»

Згадайте чотири приємні та чотири неприємні ситуації, які відбулися з вами та відбулися в пам'яті, дайте їм назву та опишіть причини, які їх викликали. Після того, як ви вкажете причину, як ви її бачите, дайте відповідь, будь ласка, на ряд питань. Результати внесіть у таблицю.

Немає вірних чи невірних відповідей на цю анкету, тому будьте настільки чесні, наскільки можете. Це анкетування триває близько 20 хвилин.

Приємні ситуації:

1. Назва: -----

Причина:-----

2. Назва: -----

Причина:-----

3. Назва: -----

Причина:-----

4. Назва: -----

Причина:-----

Неприємні ситуації:

1. Назва: -----

Причина:-----

2. Назва: -----

Причина:-----

3. Назва: -----

Причина:-----

4. Назва: -----

Причина:-----

Теж саме робимо для неприємних ситуацій. Тепер оцініть дані ситуації та їх причини за наступною шкалою, ви можете вибрати будь-який бал від 0 до 6, залежно від ступеня прояву якості, про який йдеться у питанні. Результати запишіть у таблиці №1 та №2 (вище):

1. Наскільки ця ситуація, її причина залежала від вас?

абсолютно залежить від мене 6543210 зовсім не залежить від мене

2. Чи буде в майбутньому ця ситуація, її причина знову впливати на те, що відбувається?

ніколи не вплине 6543210 завжди впливатиме

3. Чи впливає ця причина тільки на цю ситуацію чи вона впливає і на інші сфери вашого життя?

Впливає лише 6543210 впливає на всі сфери життя на цю ситуацію

4. Якою мірою ця ситуація, її причина залежить від інших людей, обставин?

Повністю залежить 6543210 взагалі не залежить

5. Наскільки ця причина контролювалася вами?

Повністю 6543210 не контролювалася
контролювалася взагалі

Напишіть, будь ласка, ваш псевдонім -----

Стать -----

Вік -----

Дякую, за вашу участь у дослідженні!

**Інтерпретація результатів відбувається за результатами
заповнення таблиці і підрахунку балів.**

Приємні ситуації				
	1	2	3	4
Інтернальність	*	*	*	*
Стабільність	6-*	6-*	6-*	6-*
Генералізація	6-*	6-*	6-*	6-*
Екстернальність	6-*	6-*	6-*	6-*
Персональний контроль	*	*	*	*
Неприємні ситуації				
	1	2	3	4
Інтернальність	6-*	6-*	6-*	6-*
Стабільність	*	*	*	*
Генералізація	*	*	*	*
Екстернальність	*	*	*	*
Персональний контроль	6-*	6-*	6-*	6-*

Примітка: * - це бал поставлений учасником дослідження

Додаток Б

Результати діагностики за методикою Фонхама

Таблиця Б1

Результати відповідей за приємними ситуаціями

№ питання	приємні ситуації											
	1. Резолюція лікаря про гарне здоров'я			2. Визнання ваших заслуг керівництвом			3. Розв'язання конфлікту з учнем			4. Вихід з емоційного напруження		
	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6
1. Наскільки ця ситуація, її причина залежала від вас?	4%	2%	43%	6%	24%	43%	4%	6%	36%	10%	12%	34%
2. Чи буде в майбутньому ця ситуація, її причина знову впливатиме на те, що відбувається?	12%	6%	28%	3,4	12%	32%	8%	10%	29%	8%	11%	28%
3. Чи впливає ця причина тільки на цю ситуацію чи вона впливає і на інші сфери вашого життя?	6%	10%	42%	4%	10%	44%	9%	8%	40%	6%	15%	36%
4. Якою мірою ця ситуація, її причина залежить від інших людей, обставин?	6%	10%	32%	9,4%	9%	27%	8%	9%	30%	7%	10%	32%
5. Наскільки ця причина контролювалася вами?	12%	9%	24%	12%	7%	25%	12%	9%	24	12	7	32%

Від 0 до 2 - зовсім не залежить від мене;

Від 3 до 4 – не завжди залежить від мене, часто від зовнішніх обставин;

Від 5 до 6 - абсолютно залежить від мене.

Таблиця Б2

Результати відповідей за неприємними ситуаціями

№ питання	неприємні ситуації											
	1. Плітки про вас			2. Запізнення на роботу			3. Конфлікт з учнем			4. Сімейні негаразди		
	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6	0-2	3-4	5-6
1. Наскільки ця ситуація, її причина залежала від вас?	12%	14%	34%	10%	18%	30%	11%	12%	34%	12%	12%	34%
2. Чи буде в майбутньому ця ситуація, її причина знову впливатиме на те, що відбувається?	10%	10%	28%	12%	6%	28%	9,4%	8%	28%	9%	11%	26%
3. Чи впливає ця причина тільки на цю ситуацію чи вона впливає і на інші сфери вашого життя?	7%	12%	36%	7,4	15%	36%	8,6%	10%	36%	7%	15%	34%
4. Якою мірою ця ситуація, її причина залежить від інших людей, обставин?	8%	9%	28%	9%	12%	24%	10%	12%	24%	9,4%	10%	28%
5. Наскільки ця причина контролювалася вами?	12%	7%	36%	12%	14%	48%	12%	9%	24%	12%	7%	32%

Від 0 до 2 - зовсім не залежить від мене;

Від 3 до 4 – не завжди залежить від мене, часто від зовнішніх обставин;

Від 5 до 6 - абсолютно залежить від мене.

Таблиця Б3

Кількісний аналіз результатів (тест Фонхама)

	ПРИЄМНІ СИТУАЦІЇ	НЕПРИЄМНІ СИТУАЦІЇ	
--	-------------------------	---------------------------	--

ПБ	Інтернальність	Стабільність	Генералізація	Екстернальність	Персональний контроль	загальний бал	Інтернальність	Стабільність	Генералізація	Екстернальність	Персональний контроль	загальний бал	АС
1	12	13	10	12	14	61	14	10	14	12	8	58	119
2	11	13	13	14	12	62	12	11	15	12	9	58	120
3	12	11	14	12	14	63	11	16	11	10	6	54	117
4	20	18	20	19	20	97	18	20	19	18	14	89	186
5	12	13	10	12	14	61	14	10	14	12	8	58	119
6	10	12	11	12	14	59	12	13	14	12	11	62	121
7	11	13	13	14	12	63	12	11	15	12	9	58	121
8	11	12	11	14	11	59	11	10	12	13	11	57	116
9	12	13	10	12	14	61	14	10	14	12	8	58	119
10	15	18	17	18	14	82	17	17	18	14	18	84	168
11	11	12	11	10	10	54	9	10	12	11	9	51	105
12	12	11	14	11	12	60	11	16	11	10	6	54	114
13	6	11	11	11	11	50	8	12	10	8	8	46	96
14	13	18	17	16	11	75	15	14	14	14	13	69	144
15	14	13	11	11	10	59	12	10	12	11	9	54	113
16	15	18	17	16	12	78	15	17	18	14	16	80	158
17	6	7	11	11	11	44	6	12	9	11	8	46	92
18	11	13	13	11	10	58	12	11	11	12	9	55	113
19	11	12	13	10	12	54	12	11	9	12	6	48	102
20	14	13	11	11	8	57	12	10	12	11	8	53	110
21	13	18	17	16	11	74	15	14	14	14	16	73	147
22	12	10	12	8	14	56	12	10	12	9	7	50	106
23	12	11	14	11	14	62	11	16	11	9	6	53	115
24	8	7	11	11	12	47	7	12	10	11	9	49	96
25	12	13	10	12	14	61	14	10	14	12	8	58	119
26	9	11	14	11	12	57	11	9	11	10	6	51	108
27	17	18	17	18	18	88	7	12	9	10	10	48	136
28	6	9	11	11	8	45	6	12	9	10	8	45	90
29	10	8	12	10	12	52	11	8	13	12	8	52	104
30	11	9	11	10	10	51	11	10	12	9	11	53	104
31	13	15	17	16	11	72	13	14	14	14	13	71	143
32	14	13	11	11	14	63	12	10	14	11	9	56	119
33	6	9	11	11	11	48	6	12	9	11	8	46	94
34	12	10	14	11	14	61	11	14	11	10	6	52	113
35	11	13	13	14	12	63	12	11	15	12	9	59	122
36	12	11	14	11	11	59	11	16	11	10	8	56	115
37	7	11	11	11	11	51	7	12	9	11	8	47	98
38	14	11	12	14	8	59	11	11	11	14	10	57	116
39	10	12	11	12	11	56	12	9	14	12	9	56	112

40	17	18	17	18	16	86	18	17	18	16	18	87	175
41	11	12	11	9	11	54	11	10	12	9	11	53	107
42	10	8	12	10	12	52	11	8	13	12	8	52	104
43	14	9	11	11	12	57	12	10	14	11	9	56	113
44	8	11	11	11	11	52	8	12	10	8	8	46	98
45	12	11	14	11	14	62	11	16	11	10	6	54	116
46	15	18	17	16	14	80	17	17	18	14	18	84	164
47	12	13	10	12	14	61	14	10	14	12	8	58	119
48	11	12	13	10	12	54	12	11	9	12	6	48	102
49	15	18	17	16	12	78	13	17	18	14	16	78	156
50	11	13	13	14	12	63	12	11	15	12	9	59	122

Інтерпретація результатів відбувається за наступними критеріями визначення:

інтернальність-екстернальність (локус контролю) – пояснення особою причини ситуації, з т. зору, наскільки вона залежить від нього (інтернальність) або від зовнішнього світу (екстернальність).

Стабільність причини ситуації – пояснення особою причини ситуації як тимчасової або постійної.

Генералізація причини ситуації – пояснення особою причини ситуації як тої, що розповсюджується на інші сфери або локальної (яка стосується лише конкретної ситуації).

Персональний контроль – пояснення причини ситуації, як такої, що контролюється самою особою або неконтрольована нею.

Відповідно до цих критеріїв кожен вчитель, відповідаючи на питання, накопичує бали, які ми інтерпретуємо і пояснюємо за такими умовами:

Якщо вчитель набрав 180-240 балів – це свідчить про позитивний атрибутивний стиль – у нашому випадку - це 1 особа (2%).

Якщо вчитель набрав 100-179 балів – середній атрибутивний стиль – у нашому випадку – це 42 особи (84%).

Якщо вчитель набрав 0-99 балів – негативний атрибутивний стиль – у нашому випадку – це 7 осіб (14%).

Додаток В

Таблиця В 1

Результати за «Гісенським опитувальником соматичних скарг»

ПІБ	виснаження	шлункові скарги	Ревматичний факторо	серцеві скарги	інтенсивність скарг
1	10	3	9	9	31
2	11	10	7	10	38
3	8	5	8	6	27
4	6	9	8	6	29
5	4	8	6	4	22
6	10	10	8	12	40
7	9	8	6	7	30
8	9	10	7	14	40
9	2	8	6	4	20
10	11	10	7	14	42
11	6	5	6	6	23
12	3	5	4	4	16
13	2	5	5	2	14
14	12	10	8	14	44
15	13	11	9	16	49
16	8	10	7	11	36
17	6	9	8	6	29
18	3	6	4	4	17
19	11	10	7	14	42
20	3	6	4	6	19
21	2	8	7	2	19
22	8	9	6	12	35
23	3	6	4	4	17
24	2	6	4	4	16
25	12	10	8	15	45
26	2	5	5	3	15
27	4	6	4	4	18
28	2	6	4	3	15
29	14	10	8	15	47
30	2	5	2	3	12
31	2	5	5	3	15
32	8	10	8	8	34
33	6	9	8	6	29
34	2	4	3	3	12

35	4	6	4	4	18
36	2	3	4	2	11
37	2	3	2	2	9
38	2	3	4	6	15
39	6	9	8	6	29
40	2	6	4	7	19
41	3	4	4	3	14
42	1	4	1	2	8
43	8	9	6	9	32
44	9	8	6	7	30
45	2	3	4	5	14
46	2	6	4	7	19
47	2	4	2	2	10
48	6	9	6	7	28
49	2	4	2	5	13
50	12	10	8	14	44

Приклад заповнення анкети

Я відчуваю наступні нездужання	0 Ні	1 Злегка	2 Декілька	3 Значно	4 Сильно
1	2	3	4	5	6
1. Відчуття слабкості	Е				
2. Серцебиття, перебої в серці або завмирання серця			Н		
3. Почуття тиску чи переповнення в животі		М			
4. Підвищена сонливість			Е		
5. Болі в суглобах та кінцівках		Г			
6. Запаморочення		Н			
7. Болі в попереку або спині			Г		
8. Болі в шиї (потилиці) або плечових суглобах		Г			
9. Блювота		М			
10. Нудота			Н		
11. Відчуття кома в горлі, звуження горла чи спазму	Г				
12. Відрижка			М		
13. Печія чи кисла відрижка	М				
14. Головний біль		Г			

15. Швидка виснажливість	Е				
16. Втома		Е			
17. Почуття оглушеності (потьмарення свідомості)			Н		
18. Почуття важкості або втоми в ногах		Г			
19. Млявість	Е				
20. Колючі або тягнуть біль у грудях		Н			
21. Болі у шлунку			М		
22. Напади задишки (задухи)			Н		
23. Відчуття тиску в голові		Н			
24. Серцеві напади		Н			

Додаток Д

**Результати за методикою «Адаптивні можливості атрибутивного стилю
дорослих» (автор: Клібайс Т.В.)**

ПІБ	Сила Я	Почуття провини	Дезад. Психолог. захисту	Загальний результат
1	12 (12)	16	10	38
2	10 (14)	16	18	48
3	16 (8)	18	18	44
4	12 (12)	16	12	40
5	14 (10)	9	12	31
6	14 (10)	12	10	32
7	16 (8)	13	14	35
8	14 (10)	16	18	44
9	14 (10)	11	12	33
10	14 (10)	12	14	36
11	8 (16)	18	16	50
12	14 (10)	15	13	38
13	12 (12)	11	16	39
14	14 (10)	17	12	39
15	16 (8)	17	10	35
16	16 (8)	14	10	32
17	12 (12)	11	10	33
18	10 (14)	14	18	46
19	12 (12)	16	16	44
20	14 (10)	14	10	34
21	10 (14)	14	10	38
22	12 (12)	16	12	40
23	12 (12)	16	14	42
24	14 (10)	9	12	31
25	12 (12)	16	16	44
26	12 (12)	16	18	46
27	16 (8)	12	14	34
28	14 (10)	16	10	36
29	10 (14)	16	10	40
30	14 (10)	11	12	33
31	14 (10)	12	14	34
32	12 (12)	15	18	45
33	14 (10)	9	14	33
34	12 (12)	16	10	38
35	14 (10)	13	14	37
36	14 (10)	17	10	37
37	10 (14)	16	18	48

38	14 (10)	9	11	30
39	12 (12)	16	16	44
40	16 (8)	17	10	35
41	16 (8)	12	14	34
42	14 (10)	18	18	46
43	14 (10)	12	14	36
44	12 (12)	13	10	35
45	8 (16)	18	18	52
46	16 (8)	17	10	35
47	8 (16)	18	14	48
48	6 (8)	18	14	50
49	14 (10)	13	12	35
50	8 (16)	18	16	50

Характеристика основних шкал

Сила Я є однією з основних умов, що забезпечують ефективність поведінки суб'єкта у проблемних ситуаціях. «Сила Я» дозволяє судити «<...>» про можливість для суб'єкта здійснювати цілеспрямоване регулювання поведінки всупереч різноманітним впливам, що заважають «<...>» (с.7, Ф. В. Бассін 2003). Сила Я ґрунтується на типологічних властивостях нервової діяльності, що може підвищуватися з віком.

Суб'єкт з високою силою Я – реально оцінює ситуацію, обирає найефективніші стратегії поведінки та управління ситуацією, стресостійкий, не піддається впливу оточуючих, тиску обставин.

Суб'єкт із низькою силою Я – швидко втомлюється, астеничний, поступливий, діє хаотично, відрізняється низькою стресостійкістю, тривожністю, боїться брати на себе відповідальність. Оскільки була виявлена висока кореляція між вивченою безпорадністю та слабким Я, мабуть, вивчена безпорадність швидше виникає у суб'єктів зі слабким Я та прояви даного феномену дуже схожі з поведінкою людини з низькою силою Я. У цілому даний параметр відповідає шкалі «С» 16-факторного особистісного опитувальника.

Набута (вивчена) безпорадність - при частій повторюваності безуспішних спроб вплинути на негативну ситуацію, формується стан, дуже схожий на депресію, що характеризується: а) невдалими спробами уникнення

шоку (мотиваційний дефіцит); б) нездатністю використовувати наявні стратегії уникнення шоку (когнітивний чи асоціативний дефіцит); в) пасивним ухваленням ситуації (емоційний дефіцит).

Почуття провини – суб'єкт з **високим почуттям провини** невпевнений у собі, схильний до страхів, тривоги, схильний до самокритики та самозвинувачення, болісно реагує на зауваження оточуючих.

Суб'єкт з низьким почуттям провини – впевнений у собі, нечутливий до оцінок оточуючих (може бути занадто нечутливий, якщо бал до 3-4), спокійний, життєрадісний, не схильний до страхів.

Дезадаптивність психологічного захисту – до цієї шкали включені механізми психологічного захисту, між якими і негативним атрибутивним стилем за результатами першого етапу нашого дослідження спостерігалася висока кореляція: регресія, заміщення, заперечення.

Таким чином, суб'єкт з високою силою Я, впевненістю в собі, високою адаптивністю психологічного захисту має великі можливості адаптивності атрибутивного стилю. І навпаки, суб'єкт зі слабким Я, невпевнений у собі, схильний до тривожності, що часто використовує дезадаптивні механізми психологічного захисту, має низькі можливості адаптивності атрибутивного стилю. При цьому можуть бути змішані варіанти: високе почуття провини у поєднанні з сильним Я та низькою адаптивністю психологічного захисту тощо.

Нормування та інтерпретація результатів:

Відповідь «так» – 2 бали, «ні» – 0 балів, «не знаю» – 1 бал.

Номери тверджень, зазначені у ключі жирним шрифтом оцінюються у зворотному порядку: «так» – 0 балів, «ні» – 2 бали, «не знаю» – 1 бал.

Середнє значення показника адаптивності атрибутивного стилю становить **30 балів**, що відповідає проміжному показнику. Показники групи піддослідних коливалися **не більше 10 – 60 балів**, крайні показники відповідають високому рівню адаптивності і дезадаптивності стилю пояснення. Оскільки дослідження проводилися серед психічно здорових респондентів і максимальний загальний результат дорівнював 60 балів, то

кількісні показники вище 60 балів можуть розглядатися як схильність до психічних патологій, що додатково експериментально повинно бути перевірено.

Загальний бал за шкалою Сила Я, для підрахунку рівня адаптивних можливостей атрибутивного стилю, шкалюється шляхом віднімання отриманого бала з 24. Далі загальні результати за шкалами Сила Я, відчуття провини, дезадаптивність психологічного захисту підсумовуються.