

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

Кафедра клінічної психології

Кваліфікаційна робота магістра

на тему:

**Алекситимія як чинник психосоматичних порушень у студентів
соціономічних професій**

Виконала:

студентка 2-го курсу групи ПМ - 205
спеціальності 053 Психологія
освітньо-професійна програма
Клінічна психологія
Холманова Вікторія Володимирівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

Науковий керівник:

к.психол.н., доц.
(наукова ступінь, вчене звання)

Кунцевська Анастасія Володимирівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № ____ від « ____ » червня 2022р.

Зав. кафедри _____ д.психол.н.,с.н.с. Лисенко Ірина Павлівна
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ – 2022

ЗМІСТ

	2
ВСТУП	3
РОЗДІЛ I ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ АЛЕКСИТИМІЇ ЯК ЧИННИКА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ	8
1.1. Вивчення феномену алекситимії	8
1.2. Механізм виникнення психосоматичних розладів	15
1.3. Алекситимія як чинник психосоматичних порушень у студентів соціономічних професій	21
Висновки до розділу I	31
РОЗДІЛ II. ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ	32
2.1. Характеристика вибірки	32
2.2. Методичне забезпечення дослідження	32
Висновки до розділу II	40
РОЗДІЛ III ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ	41
3.1. Описові статистики	41
3.2. Кореляційний аналіз та порівняння сукупностей	50
3.3. Практичні рекомендації	55
Висновки до розділу III	57
ВИСНОВКИ	58
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	61
ДОДАТКИ	63
Торонтська шкала алекситимії	63
Гісенський опитувальник психосоматичних скарг	64

ВСТУП

Актуальність. Зростання інтересу до проблеми алекситимії з боку клінічних психологів пов'язано з тим, що вона спостерігається не тільки у хворих, але виявляється і в популяції здорових [1]. Як показує аналіз літератури з теми дослідження, алекситимія - це досить поширене серед студентів явище. Алекситимія перешкоджає розвитку особистості в силу таких її проявів, як: ускладненість усвідомлення і опису своїх емоційних переживань і визначення їх у інших людей, відсутність емоційної рефлексії та саморегуляції. результатом є проблеми у встановленні міжособистісної, групової комунікації, в соціально-психологічній адаптації. Алекситимія може негативно вплинути на ефективність освітнього процесу в цілому [2].

З іншого боку, існує думка, що до соціономічних факультетів вступають люди, які більшу увагу приділяють відчуттям - як власним, так і оточуючих. Можно зробити припущення, що студенти-психологи, соціологи та інші, які обрали спеціальність категорії “людина - людина”, будуть мати менш проявів алекситимії, ніж прихильники більш технічних та аналітичних наук, таких як математика, інженерна справа, програмування, юриспруденція, тощо.

В 1963 році вчені Д. Нейміах, та П. Сифнеос із Массачусетського шпиталю в місті Бостон, США, описали групу пацієнтів, які були хворі на психосоматичні розлади, та зробили акцент на їхніх труднощах, пов'язаних із вербалізацією власних відчуттів, та виражену бідність фантазії. В 1972 році Сіфнеосом був проведений спеціальний термін для цього феномену: “алексітімія”, який має значення “немає слів для відчуттів”.

Концепція алекситимії претендує на об'єкт для всіх захворювань пояснення механізму соматизації, та завдяки цьому вона породила багато досліджень та дискусій, які продовжуються і зараз.

Ми хочемо приєднатись до цих досліджень, та з'ясувати - чи є соматичні розлади поширеними серед психологів та студентів інших соціономічних професій, і, якщо поширені - то чи супроводжуються вони проявами алекситимії.

Отже, **об'єкт нашого дослідження** - феномен алекситимії.

Предмет дослідження - роль алекситимії при соматичних порушеннях у студентів соціономічних професій.

Мета дослідження - вивчити чи пов'язана алекситимія із психосоматичними порушеннями у студентів соціономічних професій.

Методи дослідження:

- теоретичні - аналіз літератури,
- емпіричні: для вимірювання та оцінки алекситимії обрана Торонтська алекситимическа шкала (TAS), для аналізу соматичних проявів - Гіссенський опитувальник психосоматичних жалоб;
- статистичні: описова статистика, порівняльний аналіз за допомогою критерія Краскела-Уолліса і Манна-Уїтні, кореляційний аналіз за критерієм Спірмена.

Завдання дослідження

В ході цієї наукової праці ми ставимо перед собою такі завдання:

1. Дослідити феномен алекситимії в сучасній науковій літературі.
2. Дослідити поняття психосоматичних скарг в сучасній науковій літературі.

3. Емпіричними методами виявити чи є зв'язок між алекситимією та психосоматичними скаргами у студентів соціономічних професій.
4. Зробити висновки щодо того, чи можна вважати феномен алекситимії одним із чинників психосоматичних порушень у студентів соціономічних професій.

Характеристика вибірки

Вибірка досліджуваних складається із студентів різних спеціальностей, серед яких 20 жінок (58%), та 16 чоловіків. 40% респондентів живуть з батьками, 31% в шлюбі, або мають постійного партнера, решта живуть самотійно.

Більшість респондентів має вік до 25 років - 53 відсотка, 26% - від 25 до 35 років, решта старші.

Соціономічну (психологічну, соціологічну, педагогічну) спеціальність мають 50 відсотків, 34 відсотка здобувають технічну (програмування, електроніка, математика) спеціальність, решта здобувають освіту в юридичному, економічному, маркетинговому напрямках, тощо.

Вибірка була зібрана із використанням гугл-форм, респонденти були знайдені шляхом інтернет-груп переважно серед студентів вишів міст Харкова та Києва, але не обмежуючись ними.

Теоретична значущість роботи

Теоретична значущість нашої роботи полягає в тому, що результати дослідження можуть бути використаними для розробки тренінгових програм, освітніх програм для ознайомлення студентів із феноменом алекситимії, та його впливом на психосоматичний та психічний стан людини.

Зв'язок алекситимії та психосоматичних порушень може розглядатися як фактор ризику або предиктор емоціональних порушень у студентів, фактор який сприяє вигоранню у представників соціономічних професій, призводящий до професійної дезадаптації. Ця робота спрямована на те, щоб підсвітити що особистісні прояви можуть набагато більше впливати на розвиток психосоматичних проявів у порівнянні із демографічними характеристиками та факторами робочої среди. Оскільки однією із ключових складових професійної компетентності представників соціономічних професій є емпатія, можна припустити, що її порушення може призвести до труднощів в виконанні професійних обов'язків. Спираючись на наше дослідження, ми можемо дати рекомендацію приділяти увагу психосоматичним проявам у студентів та фахівців соціономічних професій з тим, щоб своєчасно помітити та скорегувати алекситимію та її вплив на емоціональний компонент емпатії.

Вивчення підходів до організації психологічного супроводження алекситимиків, які представлені в літературі, дозволяє говорити о том, що загальні принципи психологічного впливу мають включати:

1. Емоційну піддержку, яка забезпечує підготовку до вербального способу впливу.
2. Спеціальні прийоми, які створюють умови для усвідомлення власного внутрішнього стану.
3. Обов'язкову опору на невербальні способи взаємодії.

Практична значущість роботи

Оскільки феномен алекситимії з одного боку розглядається в тому числі як одна з послідовних пристосувальних реакцій на тривогу, а з другого боку, як фактор якій визначає виникнення соматизації, ми можемо рекомендувати здобути в нашій праці матеріали та висновки для використання при роботі зі студентами на предмет соматичних проявів, труднощі в навчанні, втрати інтересу до навчання, частих соматичних захворювань, тощо.

Розуміння можливості для феномену алекситимії бути чинником соматичного дискомфорту у студентів соціономічних професій, значно розширює арсенал способів допомоги та психологічної едукції. Тому що ми розуміємо, що належне розуміння власного стану, його причин та можливих способів корекції, само по собі може покращувати психосоматичний стан людини.

РОЗДІЛ I ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ АЛЕКСИТИМІЇ ЯК ЧИННИКА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ

1.1. Вивчення феномену алекситимії

Ми живемо в складному світі, обтяженому непростими політичними проблемами, які погіршує економічна ситуація. Використовуючи сучасну обчислювальну техніку, людство прагне стати господарем становища і раціонально управляти всілякими процесами. В результаті виникає технократія, іншими словами, панування техніки, розвиток якої, в кінцевому рахунку, починає визначати економічну і політичну ситуацію. І як наслідок цього, за зауваженням П. Куттера, сучасного психотерапевта-психоаналітика, «людині не знаходиться місця в світі, поневоленому технікою. В такому світі неважливо, що у людини можуть бути якісь особисті потреби, почуття і бажання. Почуття користуються повагою не більше, ніж сентиментальність. Пристрасті взагалі вважаються анахронізмом». Здатність бути емоційною людиною: переживати, висловлювати і передавати емоції вільно та відкрито стає неважливою і зовсім знеціненою. Однак за подібне знецінення емоційного світу людина часто платить занадто дорого - вона віддає своє здоров'я, а іноді і життя.

Існує думка, що своїм походженням алекситимія зобов'язана саме медицині. Лікарі при лікуванні різних захворювань серцево-судинної системи, шлункового тракту, тощо. зустрілися з тим, що їх пацієнти часто

не могли визначити свої тілесні відчуття і емоції, а це в свою чергу ускладнювало як постановку діагнозу, так і подальшу терапію.

Далі - більше: було визначено, що ця виявлена нездатність розрізняти, а іноді і переживати відчуття і емоції підвищує ризик виникнення певних видів захворювань, а також впливає на ступінь їх тяжкості і перебігу.

Так набула поширення психосоматическая концепция алекситимии, описана американськими психіатрами P. Sifneos і J.Nemiah. Поступово термін алекситимія вийшов з суто медичного середовища і став поширюватися в середовищі психологів, соціальних працівників і т.д. При цьому відбувалося збільшення обсягу смислового наповнення даного поняття. Цей процес триває і тепер.

На наш погляд, це говорить про те, що проблема емоційності людини і його здатності переживати і виражати свої почуття з одного боку, є актуальною і хвилюючою; з іншого боку, довгий час вона не знаходила адекватного вираження і опису в психологічній теорії і практиці, і в даний період через теорії алекситимии відбувається заповнення давнього в даній проблемі вакууму. Це відбувається і в ситуації знаходження пояснювального принципу виникнення причин алекситимии. Єдності в цьому питанні немає, немає і єдиної концепції алекситимии.

В даний час в психологічній, медичній літературі ведеться досить активна дискусія про природу даного феномена. В вітчизняних і зарубіжних дослідженнях (Н.Кrystal, В. Ротенберг, В.В.Калінін, В.М. Проворотов, Ю.Н. Чернов, О.І. Лишова, А.В. Будневській і т.д.) відкритими залишаються питання про походження алекситимии: про її первинність або вторинність, генетичну, травматичну або соціальну обумовленість, наявність залежності від соціальних, етнічних і культурних особливостей суспільства, в якому живе людина, про її стабільний або тимчасовий характер, пристосувальний прояв, який може

виявити себе в певній життєвої ситуації. До сих пір не є повністю зрозумілим зв'язок алекситимії і хвороби.

В даний час кілька дослідників виділяють три підходи, що розрізняються уявленнями про причини і умови становлення алекситимії:

- біологічна теорія,
- теорія травматичної соматизації,
- теорія соціального навчання.

Біологічна теорія розглядає алекситимію як первинний процес, в якому провідна роль належить генетичним механізмам, дефектам або особливим варіантам розвитку головного мозку [9]. Такі характеристики алекситимії дозволяють іменувати її конституціональною або первинною.

Підхід, який стверджує травматичну природу алекситимії, розглядає її як вторинний розлад, який проявляється в стані глобального гальмування афектів або «заціпеніння», який настає в результаті важкої психологічної травми. В цьому випадку алекситимія в патологічної формі відображає горе або приховану депресію і розглядається як захисний механізм, не будучи психологічної захистом в класичному розумінні [7]. До такого ж підходу примикають дослідження представників психодинамічного напрямку, які виявили алекситимію при маскованих депресіях і неврозах, що дало підставу розглядати алекситимію з позицій неврозу.

Третій - соціологічний (або точніше назвати соціо-психологічний) підхід пояснює появу синдрому алекситимії в аспекті поведінки, соціальних і культурних чинників.

Один з представників цього підходу виділяє в якості причини алекситимії соціальне навчання, - Х. Кристал вважає, що емоційний розвиток людини і, як наслідок, патологія емоційності перебувають у прямій залежності від характеру відносин в системі «мати - дитина» в ранньому дитинстві.

У дослідженнях, проведених японськими авторами, провідна роль у формуванні алекситимії відводиться сімейним факторам.

За даними досліджень, які були отримані прихильниками біологічної теорії алекситимії, вона не піддається корекції, тоді як два останніх підхода визнають можливим корекцію алекситимії, якщо вона сформувалася в наслідок травми або соціального навчання.

Алекситимія - це комплексний розлад, пов'язаний з порушенням контакту людини зі своєю емоційною сферою, що виражається в проблемі усвідомлення, вираження і передачі емоційного стану як власного, так і іншого людини (людей). Інтерес до дослідження проявів алекситимії на вибірці не хворих, а умовно здорових людей пов'язаний з нашим припущенням про соціально-психологічну природу досліджуваного феномена.

Алекситимія пов'язана з глибокими порушеннями не тільки емоційної, а й комунікативної сфери. Процес спілкування, не пов'язаний з емоційними проявами, представляється утрудненим, скороченим і поверхневим. Потреба в спілкуванні з собі подібними є базовою потребою людини. Будь-які відносини в суспільному житті: економічні, політичні, сімейні, дружні - це, в кінцевому рахунку, відносини конкретних людей або їх груп. Людина і як окремий індивід, і як родова суспільна істота не може жити не спілкуючись з іншими людьми. В силу цього алекситимія як неможливість бути проявленим емоційно в процесі спілкування, представляється значимим бар'єром в процесі комунікації.

Характерними для алекситиміков психічними захистами є пасивна агресія, уникнення, регресія і фантазія. Алекситимікі частіше за інших проявляють агресію по відношенню до інших непрямо і наполегливо. Непряма агресія виражається через пасивність, мазохізм і може бути спрямованою проти себе.

Алекситимікі уникають своїх думок, почуттів, досвіду, інших людей, частіше регресують, а також схильні до відходу в світ фантазій замість людських відносин або вирішення проблем. Фантазії приносять алекситимікам задоволення, а регресія дозволяє їм висловлювати свої емоції в дитячій формі. Тут слід згадати теорію Г. Д. Тейлора (автор Торонтської шкали алекситимії), який стверджує, що в особистості кожної людини існує рівень примітивного ментального функціонування, і під впливом стресу відбувається регресія до цього рівня, яка призводить до появи алекситимічних рис [5]. Тобто алекситимік може висловити свої почуття, проте здатність зрозуміти їх або описати при цьому втрачається. При виникненні труднощів в описі своїх почуттів іншим людям алекситимікі схильні замінювати свої справжні почуття і емоції на соціально прийнятні, сублімувати їх. При цьому відомо, що перебуваючи в стані стресу, відчуваючи напруженість і дискомфорт, в якості самозаспокоєння алекситимікі віддають перевагу фізичної рухової активності (спортивним іграм, їзді на велосипеді тощо.) [5].

Отже, алекситимікі замість пояснення своїх емоцій переключаються на дії (соціально прийнятна поведінка). Слід також згадати, що «в деяких ситуаціях багато алекситиміків показують ту поведінку, яка є доречною в даній ситуації, не проживаючи її в повній мірі»[14]. Тому неможливо з упевненістю стверджувати, що алекситимік усвідомлює почуття, які він сублімує.

Зі збільшенням складнощів опису своїх почуттів іншим людям, алекситимікі також схильні частіше передбачати можливий для себе дискомфорт. Вони знають, що подія може статися, і заздалегідь починають про неї турбуватися, прораховувати різні шляхи виходу зі складної ситуації. При цьому алекситимік може спиратися не на самі почуття, а на спогади про них [14].

Алекситимікі можуть називати емоції, якщо вважають, що повинні відчувати ці почуття, тому що бачили їх у інших людей в схожих ситуаціях [10]. При посиленні труднощів в описі своїх почуттів алекситимікі схильні придушувати свої емоції і почуття, асоційовані з травмуючою ідеєю, однак при цьому залишатися стурбованими фактами і деталями. Почуття замінюються на думки, замість емоційної реакції використовується розум [7].

Алекситимія характеризується чотирма типовими ознаками з різним ступенем їх вираженості в кожному окремому випадку [14]. Ці ознаки ми перелічили нижче.

1. Своєрідна обмеженість здатності фантазувати. Людина не може, або виявляється просто не здатною користуватися символами, результатом чого є своєрідний тип мислення, який можна визначити як «механічний», «утилітарний», «конкретний». Йдеться про пов'язане з поточним моментом, орієнтоване на конкретні реальні речі мислення, яке майже не зачіпає внутрішні об'єкти, позбавлене колоритності, в розмові стомлює співрозмовника і часто справляє враження справжньої тупості. Воно організовано прагматично-технічно і направлено на механічну функціональну сторону описуваного.

2. Типова нездатність виражати пережиті почуття. Людина не в змозі пов'язувати вербальні або жестові символи з почуттями. Почуття відчуються, якщо вони взагалі є, як щось неструктуроване, у всякому разі, таке яке не можна передати словами. Такі люди часто описують почуття через оточуючих (моя дружина сказала ... лікар сказав ...), або замість почуттів описують соматичні відчуття.

3. Примітно, що психосоматичні пацієнти дуже пристосовані до товариських відносин, що навіть визначається як «гіпернормальність». Їх зв'язок з конкретним партнером характеризуються своєрідною «порожнечею відносин». Оскільки вони не в змозі розбиратися в психологічних структурах, то залишаються на рівні конкретно-предметного використання об'єктів.

4. Через затримку на симбіотическом рівні і пов'язаної з цим нестачі диференціювання «суб'єкт - об'єкт» з'являється нездатність до істинних відносин з об'єктом, і до процесу перенесення. Відбувається тотальне ідентифікування з об'єктом, психосоматичний хворий існує, так би мовити, за допомогою і завдяки наявності іншої людини, його «ключової фігури». Звідси стає зрозумілим, чому втрата, вигадана чи реальна, цієї «ключової фігури» так часто виявляється як така, що провокує ситуацію або на початку, або при погіршенні хвороби.

Таким чином, алекситимія розглядається як сукупність ознак, що характеризують психічний склад індивідів, що призводять їх до специфічно психосоматичних захворювань. В останні роки її розглядають як фактор ризику на розвиток багатьох захворювань.

На думку авторів, алекситимия може відігравати значну роль у формуванні алкогольної та інших видів залежності, як фактор, що перешкоджає виникненню соціально прийнятних аддикцій.

1.2. Механізм виникнення психосоматичних розладів

Психосоматичні розлади - це адаптаційний феномен, а психологічна адаптованість це є синонім душевного і тілесного здоров'я. Пусковими факторами появи психосоматичних захворювань найчастіше є: стресові ситуації, життєві невдачі, конфлікти, втрата близьких, зміни життєвих обставин, невизначеність.

Реакціями організму є:

- на фізіологічному рівні: відповідні вегетативні порушення;
- на психоемоційному - афективні і когнітивні порушення, пов'язані з особистісними переживаннями стресу (фрустрацією),
- на рівні поведінки - адаптивна поведінка і пошукова активність.

Загалом, психосоматичні зміни мають для організму конкретну користь, грають роль психологічного захисту, тому що зменшують психічну напруженість, але, в той же час, знижують психічну пристосованість. За Г. Сельє фізіологічні механізми стресу і реакції напруги-стресу лежать у формуванні психосоматичних змін.

Психосоматичні розлади поєднують три фактори:

1. Фізіологічна реакція, яка викликана емоціями порушення діяльності внутрішніх органів;
2. «Застій» - тонічна м'язова напруга, яка представляє собою залишкові прояви невідреагованих емоцій;
3. Негативний рефлекторний вплив.

Отже, «застійна» м'язова напруга, яка викликана стресами, стає причиною емоційного дискомфорту, відчуття втоми, зниження життєвої активності та працездатності (астенічних станів). Ця напруга також знаходиться в основі багатьох психогенних синдромів, і є важливим механізмом формування психосоматичних захворювань [3].

На думку деяких дослідників тіло - це екран, на якому знаходять відображення психологічних проблем людини і його внутрішні конфлікти.

Психосоматичні розлади - це своєрідні відповіді на неприпустимі життєві ситуації. Психосоматичні порушення розвиваються через поєднання дій двох механізмів:

- з боку свідомості - механізм витіснення (перешкода, що не допускає в свідомість неприпустимі думки і бажання);
- з боку підсвідомості - механізми конверсії, внаслідок якого «підсвідомий матеріал» пробивається на поверхню в зміненій формі, що відображає «правокульну» і дитяче-символічну логіку.

Наприклад, з цієї точки зору напад бронхіальної астми це загальмований «напад плачу» або поклик до материнської допомоги. Вазомоторний риніт - невіплакані, «невидимі сльози» є загальнопоширеним захворюванням з чіткими психосоматичними компонентами і подібними внутрішніми психологічними конфліктами. Психоаналітичне пояснення розладів травлення - це нездатність «переробити життєві обставини». Символічне тлумачення хвороби шлунка (в тому числі панкреатиту) - соматизовані звинувачення людиною саму себе, почуття провини і самопокарання, як ніби людина «перетравлює» сама себе (самоїдство). На думку А. Лоуен «затриманий» плач також лежить в причинах хвороб кишкового тракту [2].

Хвороби опорно-рухового апарату (хребет, суглоби) - це вираз «пасивної роздратованості» життєвою ситуацією, яку людина, з одного боку, не допускає до себе (вона служить причиною роздратування), а з іншого - не бачить для себе можливості вирішити проблему за допомогою активних дій. До всього цього додається переживання відсутності підтримки і опори або відчуття фізичної «перешкоди» від життєвих ситуацій. Так само, тілесно-психологічна проблема, яка потрапила в поле зору психоаналізу, - це різні болі (головні болі, болі в області серця і ін.). В даному випадку, можна спостерігати, що тілесний біль є відображенням болу душевного.

По моделі виштовхування або самопокарання формуються зміни в русі, в чутливості, а також порушення зіра чи мовлення. Нерідко схожі розлади з'являються у істероїдних особистостей, у яких дитяча частина «Я» намагається вийти з під контролю зрілої «Супер - Его».

На цьому етапі причиною є: почуття провини, наслідки жорсткого батьківського виховання в ранньому дитячому віці. Невроз найчастіше виходить з двох джерел, представляє себе як результат комплексу стресових впливів і індивідуальних схильностей.

За Ф. Александером, виникнення психосоматичних розладів пояснюється взаємодією трьох чинників - психологічних, фізіологічних і соціальних. В особливості психологічних чинників позначаються специфічні особистісні властивості, невирішені внутрішні конфлікти, які визначаються як звичні негативні емоції, які відчуває людина в емоціогенних ситуаціях. Фізіологічний фактор, який можна назвати слабкою ланкою в організмі, приймає основний удар несприятливих емоцій, - так формується висока вразливість тих чи інших органів.

Також свою роль відіграє соціальний фактор, який грає роль пускового моменту - наприклад, неблагополучні впливи життєвої ситуації. За А.Б. Холмогорової і Н.Г. Гараняну теорія соматизації або «отілеснювання» неотреагованих несприятливих емоцій дає визначення психосоматичних розладів як «сплати сучасної людини за вміння володіти собою»: соматизація - як руйнування механізму психічного захисту - «Прорив психологічної оборони».

Соматизація - це «не помилка» психологічного захисту, а її власне творіння. Це наслідок дій механізмів захисту, яка не була здійснена (тобто витіснення, а не сублімації). Іншою мовою соматизація - це свого роду витіснення, яке проявляються на тілесному рівні. Також соматизація - це схильність до почуття психологічного стресу на фізіологічному рівні, після якого розвиваються справжні соматичні (психосоматичні) порушення.

Все це відбувається в конкретній послідовності: спочатку людина не дозволяє собі нормального отреагування своїх емоцій, їх зовнішнього вираження, у неї виникає прагнення зберегти незворушність в очах оточуючих людей. В результаті так звані «затримані емоції» представляються у вигляді тілесних відчуттів, причому на тлі іпохондричної налаштованості вони приймаються як прояви вірогідної хвороби. Соціальні стандарти ігнорування емоційного життєвого боку почуттів призводять до соматизації.

Також до розвитку соматизації призводять інфантильні особливості індивіда: пасивність, стримування агресивності, завищення рівня домагань в поєднанні із залежністю [4].

За У. Глассеру теорія контролю звертає увагу на другорядну користь психосоматичних розладів, як на недорозвинений спосіб контролювати поведінку оточуючих.

Особистість використовує хворобу як форму контролю, метою якої є підпорядкування своєму впливу оточуючих. Існує точка зору, що психосоматичні розлади - це активний процес, результат власного вибору людей які ними страждають.

Хвороба - це непристосована поведінка людини, бажана для регулювання навколишньої дійсності. В дитинстві дитина навчається контролювати оточуючих за допомогою окремих патернів своєї поведінки - плачу, посмішки, гніву. У дитинстві деякі типи дисфункціональної поведінки дитини, підставою якої є дискомфорт, хворобливий стан, різні негативні емоції, можливо будуть ефективними засобами контролювати поведінку оточуючих, викликаючи у них співчуття, тривогу, тощо.

Подібним чином «хвороблива» поведінка, активне формування хворобливих розладів («самоприниження», тривога, депресії, головний біль), у дорослих є нічим іншим, як проявом інфантильного способу контролювати поведінку важливих фігур з оточення, отримання допомоги або виправдання своєї бездіяльності.

Будучи пристосованими в ранньому дитячому віці, у міру дорослішання схожі способи вичерпують свою пристосованість, що призводить до руйнування ролі. Розуміння довільності даного самостійного вибору страждання не допускається, для того щоб зберегти свідомість від хворобливих переживань: для людини дуже неприємно розуміння, що вона сама вибрала своє страждання.

1.3. Алекситимія як чинник психосоматичних порушень у студентів соціономічних професій

Дослідник алекситимії І.Г. Малкіна-Пих стверджує, що характеристики алекситимії можна виявити у 5-23 відсотків здорових дорослих людей [10]. По даним інших дослідників, відсоток алекситимії в виборці здорових дорослих складає 24% [17]. Підсумовуючи вищевикладене, можливо зробити висновок о необхідності вивчення алекситимії тому що результати досліджень стверджують про наявність неї у чверті населення.

Також слід зазначити, що алекситимія достатньо часто зустрічається серед студентів. До того ж, несприятливим фактором виявляється характерні для таких навчаючихся складнощі з описом, розумінням, та усвідомленням емоціональних станів у оточуючих людей, та своїх власних емоціональних станів. Звідси походить відсутність або недорозвиненість емоціональної рефлексії та саморегуляції, в результаті чого можна спостерігати проблеми щодо встановлення міжособистісної, групової комунікації, соціально-психологічної адаптації, які в свою чергу негативно впливають на ефективність навчального процесу в цілому [1]. Дослідження Афанасьевой демонструють, що більша частина вибірки студентів знаходиться або в групі ризику, або у них вже є сформованою алекситимія.

В зв'язку з цим виявлення особливостей алекситимії та її зв'язку із психосоматичними проявами у студентів соціономічних спеціальностей є, на нашу думку, важливими щоб в подальшому стати базисом для подальшої розробки технологій в сферах превенції, психокорекції та психологічного консультування, що також є дуже важливим завданням сьогодення, тому що організм студента, який не справляється із психологічним навантаженням (емоційним та інформаційним стресами), перерозподілює його на соматичний та вегетативний рівень.

Згідно з дослідженнями багатьох авторів, серед психосоматичних жалоб найчастіше фігурують симптоми порушень діяльності дихальної системи, травлення, шкіри та серцево-судинної системи. Студенти соціономічних професій готуються сприймати значні психологічні навантаження в ході своєї професійної діяльності, отже дуже важливо розуміти чинники які впливають на їх соматичні скарги, щодо подальшої профілактики та психокорекції можливих в майбутньому професійних формувань.

Отже, виділяють кілька груп рис, притаманних страждаючим алекситимією: розлади афективних функцій, когнітивних функцій, порушення самосвідомості та особливе світоуявлення.

За деякими даними серед психосоматичних хворих «алекситиміки» становлять до 64%, тому немає підстав ставити під сумнів причинно-наслідкові зв'язки. Швидше за все, алекситимія – це один із факторів ризику виявлення соматичних скарг.

Є і ще одне важливе і невирішене питання про те, чи є алекситимія стабільною, стійкою особистісною характеристикою, чи це лише стан, який може проявитися у певній ситуації у будь-якої людини [25]. У зв'язку з цим у тих, хто має психосоматичні скарги деколи виявляється так звана вторинна алекситимія. Існують різні підходи до пояснення природи цього явища. Зупинимось коротко лише деякі з них, передусім цікаві для психологів.

Коли алекситимія трактується як соціокультурний феномен, її пов'язують із низьким соціальним статусом, з невисоким рівнем освіти та відсутністю словесної культури. З позицій психоаналізу алекситимія сприймається як захисний механізм (хоч її і не можна вважати психологічним захистом у класичному сенсі), що діє проти афектів, які людина не може витримати.

Авжеж, «алекситиміки» найчастіше висловлюють скарги соматичного характеру, що можна розуміти як прояв соматизації афекту. Людина, щоб протистояти стресові, може придушувати пов'язані з ним неприємні переживання, наказувати себе. Наприклад, щоб уникнути власних почуттів, людина може думати про фізичну небезпеку, та зосереджуватися на виробленні ефективної програми дій щодо її усунення. Якщо пригнічення почуттів та емоційних реакцій на стрес входить у звичку, може розвинути так звана «емоційна тупість» - явище, коли почуття навіть за відсутності стресу стають більш невиразними, причому сама людина цього, можливо, не помічає. Наслідки виявляються зазвичай непрямим шляхом, коли людина бачить, що важко говорити з іншими про емоції, коли вона недоречно вживає слова, які позначають почуття.

Інші дослідники розглядають алекситимію як прояв дефекту розвитку. Тоді вона, можливо, може вважатися неспецифічним розладом переживання перебігу емоцій, якби «досимволічним стилем психіки», характерним для людей із менш розвиненою структурою психіки. Фактично таку психіку можна зарахувати до преневротичного рівня. Тому «алекситиміки» використовують незрілі механізми психологічного захисту – відреагування, заперечення, проєктивну ідентифікацію. Причиною ж дефекту розвитку може бути розлад ранніх відносин «дитина - мати», що негативно впливає на формування образу Я. Крім того, якщо у матері є преневротична патологія, вона, практикуючи гіперопіку або латентне відкидання у вихованні, не вчить дитину самостійної саморегуляції, самозахисту, стратегіям подолання напруги [25].

В.В. Ніколаєва докладно розглядає зв'язок феномену алекситимії з особливостями психологічної саморегуляції. У цьому вона спирається на концепцію смислових утворень особистості [3], у якій конкретизуються ідеї Л.С. Виготського, СЛ. Рубінштейна, О.М. Леонтьєва. Важливе джерело стійкості, свободи та саморозвитку особистості – це рефлексія, яка дозволяє усвідомити сенс власного життя та діяльності.

Саме рефлексія є власним механізмом особистісно-мотиваційного рівня саморегуляції. У той же час, дефіцит рефлексії відноситься до важливої ознаки алекситимії. «Алекситимік» не може керувати своїми спонуканнями, гнучко перебудовувати їх. У процесі онтогенетичного розвитку з якихось причин потреба у саморегуляції може виявитися не сформованою. Через війну неможливість реалізації актуальних потреб веде до хронізації емоцій як наслідок, до стійких соматичних змін [18]. Правомірність такої концепції була підтверджена дослідженням явища вторинної алекситимії у дорослих, які перенесли у віці до 3-х років операцію з приводу вродженої вади серця. Це добре пояснюється особливою соціальною ситуацією формування їхньої психіки, коли близький дорослий цих пацієнтів організовував і контролював їхню діяльність аж до періоду дорослості самих хворих, будував їхню програму майбутнього життя. Отже, не сформувалася власна саморегуляційна діяльність, людина не набула активного, творчого ставлення до свого життя.

Є гіпотеза, за якою обмеження усвідомлення емоцій та когнітивної переробки афекту, веде до акцентування уваги на соматичному компоненті емоційного збудження та його посиленні [5,12].

Це пояснюється тенденцією алекситимічних індивідів до розвитку іпохондричних та соматичних розладів. Можуть посилюватись фізіологічні реакції на стресові ситуації, що нерідко закінчується психосоматичними захворюваннями.

Виділяють дві моделі, що пояснюють синдром алекситимії та її роль у формуванні психосоматичних розладів. Модель "заперечення" передбачає глобальне гальмування афектів. Тоді можна допустити оборотність синдрому алекситимії.

Однак у багатьох хворих алекситимічні прояви залишаються незворотними навіть після тривалої інтенсивної психотерапії. Ці люди залишаються нездатними до усвідомлення емоцій та фантазування. Відносно їх більш адекватною є «модель дефіциту», відповідно до якої має місце не гальмування, а відсутність деяких психічних функцій, що веде до зниження (незворотного) здатності символізувати інстинктивні потреби і фантазувати. Цієї точки зору дотримується Сифнеос.

Невирішеним остаточно є питання, чи є алекситимія станом, що залежить від ситуації, чи стійкою особистісною характеристикою. Незрозумілі й причини алекситимічних рис: чи викликані вони вродженими факторами (наприклад, біохімічним дефіцитом) чи обумовлені прижиттєвими затримками у розвитку через сімейні, соціальні та культурні впливи? Попередні дані свідчать, скоріше, на користь генетичних факторів. На наш погляд, однак, не можна повністю виключити і два фактори, що прижиттєво діють.

Перший - виховання у системі, у якій емоції стримуються, а за їх прояв дитину карають. Другий фактор може бути описаний як свідоме придушення негативних емоцій у стресових станах, коли вони заважають ефективної діяльності. Ця тенденція генералізується, і зрештою людина звикає приховувати та придушувати будь-які емоційні стани, а не лише негативні.

Алекситимію можна переплутати з іншими (часто тимчасовими) психологічними реакціями, такими, як ті, що спричинені психічною травмою, депресією, шизофренією та просто когнітивною нерозвиненістю (або культурними факторами). Тому актуальною залишається проблема діагностики істинної алекситимії. На Заході широко використовуються багато опитувальників: опитувальник Госпіталю Бет Ізраїл, опитувальник Кристаля зі співавторами, шкала Шеллінга-Сіфнеоса та інші. Застосовуються і проєктивні техніки, оскільки, як зазначалось, алекситиміки часто позбавлені уяви та їхні відповіді відрізняються стереотипністю (зокрема, це стосується інтерпретації тестів Роршаха і ТАТ). Однак застосування цих тестів у клінічних цілях ускладнено, тому що немає нормативних даних та достатнього часу у лікарів для проведення експериментів та інтерпретації їх результатів.

Торонтська Алекситимічна Шкала (ТАШ) створена Тейлором із співавторами. Цей опитувальник було переведено та адаптовано у Психоневрологічному інституті імені В.М. Бехтерева (за участю співробітників Санкт-Петербурзької медичної академії післядипломної освіти). Адаптований варіант опитувальника наведено у додатку, він перевірений на валідність.

В вивчених нами попередніх дослідженнях не було встановлено достовірних відмінностей за рівнем алекситимії між пацієнтами з різними типами скарг, таких як скарги відносно серцево-судинної системи, системи дихання, системи травлення.

Деякі дослідження стверджують, що найбільш несприятливими у клінічному та прогностичному плані є хворі з правопівкульним типом функціональної міжпівкульної асиметрії головного мозку.

Ці дослідники вважають, що до людей з такими скаргами є особливо корисним комплекс психотерапевтичних методів, спрямованих на зниження алекситимії [45].

Інші дослідники рекомендують деякі інші методики для діагностики алекситимії. Зокрема, є дуже проста методика «Мій емоційний словник», коли пропонують протягом п'яти хвилин написати якнайбільше назв емоційних станів. На підставі великої практики застосування даної методики можна стверджувати, що піддослідні, які вказують менше 15 назв емоцій, заслуговують на особливу увагу. Корисною може бути і методика, спрямована на діагностику здатності досліджуваних розпізнавати емоційні стани з міміки та інтонації. Алекситимічні піддослідні виконують її значно гірше. Є певні якісні відмінності. Алекситимікі погано розпізнають, наприклад, емоції радості, смутку, гніву, але майже не відрізняються від «неалекситиміків» у розпізнаванні емоцій здивування, огиди та страху.

Встановлено, що успішність розпізнавання емоцій (швидше, неуспішність) щодо міміки та інтонації взаємопов'язані, тому можна використовувати для спрощення процедури обстеження лише одну з методик.

Немає загальноприйнятої думки щодо можливості психологічного впливу на алекситимічні риси. Деякі автори стверджують, що алекситимія взагалі не піддається психотерапевтичним впливам. Справді, «алекситиміку» важко працювати зі снами, оскільки він рідко їх згадує та скупіше описує.

Невротиками, на відміну нього, можуть описувати свої психологічні проблеми, у термінах фантазій, думок, почуттів. Взагалі спроби корекції алекситимії в рамках психодинамічної психотерапії виявляються марними або навіть призводять до погіршення через мізерну мовленнєву продукцію, невміння обговорювати почуття та відсутності інтересу до психотерапевта. Така ж неефективна і групова психодинамічна психотерапія [24].

Відзначають значну неузгодженість між широким та багатим спектром невербальної поведінки «алекситиміка» та бідністю його вербальних позначень. Тому годяться традиційні форми психокорекції, необхідні інші підходи, які готують учасника групи до вербальних методів психокорекційної взаємодії. Основні принципи психологічної корекції алекситимії описані у статті Н.Д. Семенової [13].

Корекція за умов групових занять має складатися із трьох послідовних етапів:

- 1) релаксація та дидактична спрямованість;
- 2) опора на невербальні засоби спілкування;
- 3) актуалізація "внутрішнього діалогу".

Прийомами для релаксації можуть бути такі, як аутогенне тренування, музикотерапевтичні сеанси, допоміжні психогімнастичні прийоми. У цьому разі розвивається здатність відчувати й уміння вербалізувати почуття на кшталт «тут і тепер». Актуалізація невербальних способів спілкування та опора на них також сприяє «розторможування» почуттів. Запропонована Н.Д. Семеновою методика «Портрет дружини художника» є обхідним прийомом вербалізації почуттів.

При цьому пропонується скласти вербальну картину, свій портрет, ніби учасник групи був знаменитим і позував художнику. Задавалася установка максимально повної передачі словами намальованого в уяві портрета, щоб інші могли «побачити» картину. Оволодіння невербальною комунікацією розширює та поглиблює діапазон засобів та способів спілкування, призводить до поглиблення потенціала емпатії. В теплій атмосфері групи знімається стереотип пригнічення та соматизації відчуттів.

Зрештою, за допомогою спеціальних прийомів можна дбитися актуалізації прихованих, не повністю усвідомлених внутрішніх діалогів, їх розгортання та вербалізації. Внутрішні діалоги «алекситиміка» - дифузні, стерті, злиті, в них важко розрізнити два внутрішні співрозмовники.

Крім описаного підходу до корекції алекситимії є інші пропозиції [24]. Наприклад, можна модифікувати психодинамічну психотерапію, щоб вона нагадувала роботу з дітьми, коли психотерапевт поводить себе подібно до матері, допомагаючи «алекситиміку» у досягненні психологічної зрілості, навчаючи його створенню символів, допомагаючи усвідомлювати, спостерігати і організовувати афекти, працюючи над його дефектним комунікативним стилем.

Є також відомості про те, що в роботі з «алекситиміками» корисно застосування гіпнозу.

Висновки до розділу I

Згідно з вивченою літературою можна зробити висновок, що немає єдиного ставлення до того, що являє собою алекситимія, але можна підсумувати, що алекситимія - це група ознак, які характеризують психічний склад індивідів, та можуть призводити до психосоматичних захворювань. В останні роки багато авторів розглядають алекситимію в якості основного фактора ризику розвитку багатьох захворювань.

Нездатність індивіда відчувати емоції та переживати пов'язані з ними відчуття на психічному рівні, можуть приводити до витіснення їх на фізичний рівень, на рівень “соми”, таким чином провокуючи появу психосоматичних захворювань.

Психосоматичні розлади - це адаптаційний феномен, а психологічна адаптованість це є синонім душевного і тілесного здоров'я. Пусковими факторами появи психосоматичних захворювань найчастіше є: стресові ситуації, життєві невдачі, конфлікти, втрата близьких, зміни життєвих обставин, невизначеність.

Соматизація - це не помилка психологічного захисту, а наслідок його дії. Іншою мовою, соматизація - це свого роду витіснення, яке знаходить свій прояв на тілесному рівні. Також соматизація - це схильність до почуття психологічного стресу на фізіологічному рівні, після якого можуть розвиватися справжні соматичні (психосоматичні) порушення.

РОЗДІЛ II. ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Характеристика вибірки

Під час емпіричного дослідження нами була сформована вибірка досліджуваних - студентів різних спеціальностей:

- 20 жінок (58%),
- 16 чоловіків.

Із загальної кількості досліджуваних 40% респондентів живуть з батьками, 31% в шлюбі, або мають постійного партнера, решта живуть самотійно, постійного партнера не мають.

Більшість респондентів має вік до 25 років - 53 відсотка, 26% - від 25 до 35 років, решта старші.

Соціономічну (психологічну, соціологічну, педагогічну) спеціальність мають 50 відсотків, 34 відсотка здобувають технічну (програмування, електроніка, математика) спеціальність, решта здобувають освіту в юридичному, економічному, маркетинговому напрямках, тощо.

2.2. Методичне забезпечення дослідження

В ході дизайну дослідження нами була проаналізована низка інструментів, які нині використовуються в якості методик дослідження алекситимії та реєстрації психосоматичних скарг.

Одже, нами були отобрани та використани такі методікі, як TAS (Торонтська шкала алекситимії) та Гісенський опитувальник психосоматичних скарг. Нижче ми наведемо опис цих методик.

Торонтська шкала алекситимії.

Торонтська Алексітіміческа Шкала (TAS) створена G. J. Taylor та співавт. (1985).

Визначивши основні сфери, що відображають, на думку авторів, сутність концепції алекситимії, було розроблено 41 твердження, за допомогою яких випробуваний міг охарактеризувати себе, застосовуючи шкалу Лікерта (від «цілком незгодний» до «цілком згоден»), при цьому половина пунктів мала позитивний код, а інша половина - негативний, щоб уникнути односпрямованої згоди у відповідях. Опитувальник роздали 542 студентам. Після аналізу пунктів та факторного аналізу було відібрано 26 пунктів для остаточного варіанта шкали за принципом їх високих кореляцій пункт-підсумок та/або кореляції пункт-фактор за шкалою, а також низьких кореляцій із показником соціальної бажаності. Остаточна шкала мала високу тест - ретестову надійність за періоди, рівні 1 тижні, 5 тижням та 3 місяцям.

Факторний аналіз шкали із вилученням основних чинників і ротацією дав у результаті факторну структуру, конгруентную побудові концепції алекситимії. Наступні дослідження показали, що факторна структура TAS має стабільність і надійність.

Структурна валідність TAS отримала підтвердження у роботах, що вивчали співвідношення даної шкали з низкою інших методик дослідження особистості та психопатологічних розладів, що дозволило підтвердити її конвергентну та дивергентну валідність.

Незважаючи на задовільні психометричні властивості TAS-26, надалі її автори виявили ряд недоліків, наприклад, пункти зниження здібності до уяви погано корелювали з сумарним балом (СБ) і були піддані впливу «соціальної бажаності». Згодом автори усунули ці пункти, додавши кілька нових, і створивши нову шкалу – TAS-20.

Крім того, оригінальна TAS російською мовою не пройшла повної валідизації, включаючи лінгвістичну (прямий та зворотний переклад носіями обох мов та узгодження перекладу з автором оригіналу); опубліковані дані щодо психометричних характеристик російськомовної версії не можна вважати повними. Російською мовою TAS-26 була адаптована в НДІ ім. Бехтерева.

У зв'язку з підвищенням інтересу до алекситимії в науково-дослідному середовищі, і зростанням кількості зарубіжних робіт з цієї теми з використанням саме TAS-20, у Московському НДІ Психіатрії було проведено адаптацію та рестандартизацію методики на контингенті хворих на цукровий діабет. Крім російськомовної версії, схваленої автором опитувальника, пацієнти заповнювали Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг та 16-факторний опитувальник Кеттела. Проведене дослідження показало дискримінативну та конвергентну валідність TAS-20-R (російський варіант).

В результаті валідації російськомовної версії TAS-20 було встановлено, що загальний бал за шкалою негативно корелював зі значенням шкали «відкритість досвіду», фактором емоційної стабільності та усвідомлення правил і прямо – з фактором напруги. TAS-20 не корелювала з такими значеннями як домінантність, песимізм, соціальна бажаність, пильність та перфекціонізм.

Таким чином, TAS-20 має клінічну значимість, що полягає в кількісному поданні виразності такого феномену як алекситимія, який, у свою чергу, базується на вже відомих конструктах особистісних характеристик, що складаються в певний симптомокомплекс.

TAS-26 складається з 26 питань, у тому числі деякі з них інтерпретуються у прямих значеннях, а деякі - у протилежних, що дозволяє знизити настановність відповідей випробуваного. В оригінальному варіанті немає внутрішніх субшкал, весь результат виражається одним значенням.

На відміну від оригінальної версії, TAS-20 має 3 підшкали: Труднощі ідентифікації почуттів (ТИЧ), труднощі опису почуттів (ТОЧ) та шкала зовнішньо-орієнтованого (екстернального) мислення (ВОМ). Четвертий компонент, що входить, за задумом автора, в алекситимічний синдром - бідність фантазій та чуттєвих асоціацій - не має своєї шкали, проте має на увазі, що він також описується третьою шкалою.

Алекситимія є значущим фактором ризику психосоматичних захворювань та адиктивних розладів. Єдиної концепції терапії алекситимії нині немає, як і єдиного розуміння те, що ж є алекситимія. У зв'язку з цим дані шкали мають обмежену клінічну цінність. Тим часом, дані про алекситимію можуть бути корисні в комплексі клініко-психологічних та клініко-психопатологічних досліджень.

Гісенський опитувальник психосоматичних скарг.

Гісенський опитувальник психосоматичних скарг (Giesener Beschwerdebogen, GBB) є опитувальник, призначений для реєстрації окремих скарг, комплексу скарг та визначення сумарної оцінки їх інтенсивності.

GBB не є опитувальником симптомів соматичних захворювань, у ньому перераховані лише соматичні симптоми, що зустрічаються у картині психосоматичних розладів. Оскільки наша робота є психологічною а не медичною, цей опитувальник як мога краще підійшов під потреби нашого дослідження.

Опитувальник складається з 57 пунктів – переліку скарг, що належать до таких сфер як загальне самопочуття, вегетативні розлади, порушення функцій внутрішніх органів. У опитувальнику відсутні суто «психічні» симптоми, оскільки для їх реєстрації існує безліч інших опитувальників. Кожен із пунктів оцінюється за 5-ти бальною шкалою: від 0 (скарга відсутня) до 4 (скарга виражена гранично сильно). Крім того, є можливість додатково вказати не включені до опитувальника скарги і відзначити ступінь загальної обумовленості скарг психічними та фізичними факторами.

Опитувальник має 4 основні шкали та одну сумарну. Кожна основна шкала включає 6 пунктів, сумарна шкала включає всі 24 пункти основних шкал. Інші питання не співвідносяться зі шкалами.

Оскільки існує велика ймовірність участі психічних чинників в етіології соматичного захворювання зростає роль психотерапії для корекції соматичних скарг. Для виявлення подібних станів і є призначений цей опитувальник.

Гісенський опитувальник соматичних скарг може застосовуватися в практиці як індивідуальної, так і групової психотерапії для первинного обстеження та оцінки ефективності психотерапії. Найбільш суттєвими у цьому контексті, згідно з літературними даними, є показники першої шкали.

Методика опитувальника використовувалася під час вирішення проблеми взаємовпливу фізичних скарг в подружжях, реакції на виникнення захворювання у партнера. Теоретичною основою розуміння подібного взаємозв'язку служить розширення поняття психосоматики, коли «хвороба» і «здоров'я» стосуються не тільки самого індивіда, а й розкривається у взаємодії з його оточенням, також може бути пов'язаним з його біографією, схильністю, вихованням, подружнім життям, сім'єю тощо.

Використання Гісенського опитувальника в межах сімейної діагностики та терапії дозволить поглибити вивчення як теоретичних аспектів проблеми зв'язку психосоматичних скарг та проявів алекситимії, так і практичну спрямованість сімейної психотерапії.

Обробка та інтерпретація результатів проводиться простим підсумовуванням балів з усіх питань кожної шкали:

Шкала 1 – «Виснаження» – характеризує неспецифічний фактор виснаження, який вказує на загальну втрату життєвої енергії та потребу пацієнта у допомозі (пункти 1, 7, 29, 32, 36, 42).

Шкала 2 – «Шлункові скарги» – відображає симптомокомплекс нервових (психосоматичних) шлункових нездужань (епігастральний симптомокомплекс) (пункти 3, 15, 18, 23, 25, 51).

Шкала 3 – «Ревматичний фактор» – виражає суб'єктивні страждання пацієнта, які мають алгічний (болевий) або спастичний характер (пункти 9, 11, 13, 27, 41, 55).

Шкала 4 – «Серцеві скарги» – вказує, що пацієнт локалізує свої нездужання переважно у серцево-судинній сфері (пункти 2, 10, 20, 45, 52, 56).

Шкала 5 - «Тиск скарг» - характеризує загальну інтенсивність скарг, «іпохондричність» не в традиційному розумінні цього терміна, а з погляду психосоматичного підходу — як «тиск скарг». Значення дорівнює сумі значень основних шкал.

Необхідно ще раз наголосити, що зазначені шкали не відображають клінічні синдроми, які дозволяють діагностувати те чи інше захворювання. Вони є середнє поєднання рівня відчуття фізичних нездужань, які у кожному окремому випадку можуть мати інші поєднання, проте загалом не випадково зустрічаються одночасно. Це, зрозуміло, не виключає те, що гіпертонічна хвороба, наприклад, призведе до зростання показника шкали «серцеві скарги», а виразка шлунка – «шлункові скарги».

Крім інтерпретації за п'ятьма стандартними шкалами, можливий більш складний та диференційований аналіз, що ґрунтується на всіх 57 пунктах. Наприклад, під час аналізу результатів тесту становлять інтерес, передусім, екстремальні значення окремих пунктів.

Скарги, що рідко зустрічаються, і тому не входять в шкали, також можуть мати значення при аналізі результатів обстеження. Крім того, відсутність даних по окремих пунктах, як, наприклад, «підвищена або знижена статева збудливість», можуть характеризувати певну проблематику.

Вказівкою на уявлення у випробуваного про причинний зв'язок нездужання з'ясовується суб'єктивна обумовленість скарг (психічна чи фізична). Але ж в ході дослідження нами було прийнято рішення не використовувати результати, які ґрунтуються на п'ятдесяти семи шкалах, тому що на достатньо невеликій виборці, таке дослідження не є статистично значущим. В подальших дослідженнях, коли ми будемо мати змогу зібрати достатньо велику вибірку ми обов'язково використаєм більш глибокий аналіз.

Висновки до розділу II

Таким чином, нами було обрано дві методики, які відповідають цілям дослідження:

- Торонтська алекситимічна шкала (TAS),
- Гісенський опитувальник психосоматичних скарг.

Вибір другої методики був пов'язаний із тим, що нам було важливо суворо дотримуватись психологічної складової дослідження та не переходити в медичинську площину. Таким чином, ми розглядаємо завдяки цієї методики суто скарги, спираючись на самосприйняття респондентів.

Гісенський опитувальник психосоматичних скарг складається із 5 шкал: виснаження, шлункові скарги, ревматичні скарги, серцеві скарги та тиск скарг. Також опитувальник дозволяє респондентам додати скарги, які відсутні у переліку.

Торонтська алекситимічна шкала була обрана в версії TAS-20. Вона складається із 20-питань та пройшла перевірку на валідність та ретестову надійність.

Вибірка опитувальних складається із студентів вузів Харкова та Києва, які навчаються на соціономічних, технічних та природно-наукових спеціальностях.

РОЗДІЛ III ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Описові статистики

Емпіричне дослідження було проведено із використанням гугл-форм на вибірці, яка складалась переважно із студентів соціономічних та технічних спеціальностей, які навчаються переважно в Харкові, Києві, та інших містах України.

Більше половини вибірки склали жінки (56%), меншу частку - чоловіки. Це обумовлено тим, що доля жінок в соціономічних професіях в цілому переважає долю чоловіків.

Розподіл по віку та сімейному стану виглядає таким чином: найбільша частка респондентів має вік до 20 років, за нею йде вікова когорта 25 - 35 років, далі - 35 - 45 років, та найменша вікова частка серед студентів складається із студентів віком старше 45 років.

Табл. 3.1.

Розподіл респондентів по віку

Descriptives

Descriptives				
	Ваш вік	Ваш факультет	Ваша стать	Сімейний стан
N	45+	3	3	3
	до 25 лет	20	20	20
	от 25 до 35 лет	9	9	9
	от 35 до 45 лет	4	4	4

Табл. 3.2.

Розподіл респондентів по факультетам

Descriptives

Descriptives				
	Ваш факультет	Ваша стать	Ваш вік	Сімейний стан
N	биологический, медицинский и т.д.	2	2	2
	программирования, математики, физики, электроники и т.д.	13	13	13
	психологический, социологический, педагогический и т.д.	18	18	18
	юридический, экономический, менеджмент, бизнес и т.д.	3	3	3

Таким чином більша кількість респондентів відноситься до соціономічної групи факультетів, таких як факультети психології, соціології, педагогіки, та інші. Щоб мати змогу порівнювати групу соціономічних професій з групою технічних та логических, ми об'єднали групи “Біологія, медицина”, “Програмування, математика, фізика, електроніка” та “Юриспруденція, економіка, менеджмент та бізнес”. Перегрупований розподіл подано у таблиці 3.3.

Табл. 3.3.

Розподіл студентів за віком серед соціономічних та технічних спеціальностей

Факультети	Вік
Соціономічні	18
Технічні та інші	18

Отже, ми отримали дві рівні групи, які будуть зручними для порівняння. Вибірка виявилась не дуже великою із-за складнощів зі збором інформації під час бойових дій, але ж, роблячи висновки, ми використовували дані, зібрані іншими дослідниками цієї теми, таким чином ми вважаємо це дослідження цікавим та релевантним.

Далі ми подивимось як розподіляється рівень алекситимії та рівень психосоматичних скарг у між чоловіками та жінками. Дані, які розподілені в залежності від статі респондентів подані на рисунку 3.1.

Descriptives			
	Ваш пол	Tsum	Гобций
N	женский	20	20
	мужской	16	16
Missing	женский	0	0
	мужской	0	0
Mean	женский	44.0	51.8
	мужской	45.8	44.6
Median	женский	42.5	54.5
	мужской	48.0	42.0
Standard deviation	женский	9.57	13.2
	мужской	9.10	14.0
Minimum	женский	28.0	28.0
	мужской	26.0	28.0
Maximum	женский	61.0	78.0
	мужской	59.0	79.0

Рис. 3.1. Розподіл рівня психосоматики між чоловіками та жінками

Як показано на рисунку 3.1. середнє значення показника алекситимії по Торонтської шкалі алекситимії (Tsum) у жінок становить 44 бала, у чоловіків - 45 балів. Середній рівень психосоматичних скарг по Гісенському опитувальнику психосоматики (Гобщ) у жінок становить 53 бала, у чоловіків - 45 балів. Медіанне значення показника психосоматичних скарг (Гобщ) у жінок становить 55 балів, у чоловіків - 42 бала, медіанне значення показника алекситимії (Tsum) - у жінок 43, у чоловіків - 42. Мінімальне значення (Tsum) у жінок становить 28 балів, у чоловіків - 26 балів. Мінімальне значення (Гобщ) у жінок та у чоловіків однаково становить 28 балів. Максимальне значення (Tsum) у жінок становить 61 бал, у чоловіків - 59 балів. Максимальне значення (Гобщ) у жінок дорівнює 78 балів, у чоловіків - 79 балів.

Нижче ці дані представлені в вигляді діаграми.

Tsum

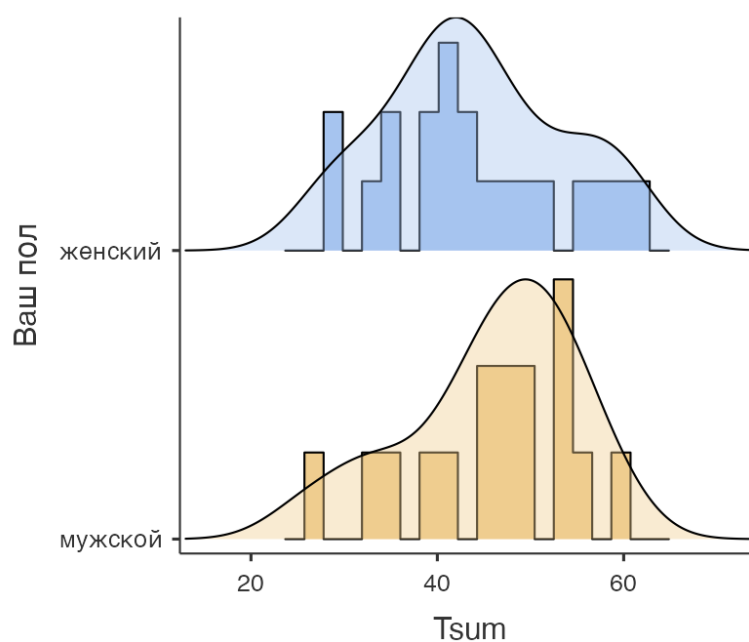


Рис 3.2. Рівень алекситимії у чоловіків та жінок

На рисунку 3.2 видно, що значення алекситимії у чоловіків є дещо зсунутим праворуч в порівнянні із графіком алекситимії у жінок. Це означає що деяка різниця в рівні алекситимії є, але потрібно з'ясувати із допомогою Т-критерію Стьюдента чи є ця різниця статистично значущою.

Далі ми наводимо графік, який ілюструє різницю між рівнями психосоматичної напруженості між чоловіками та жінками.

Гобций

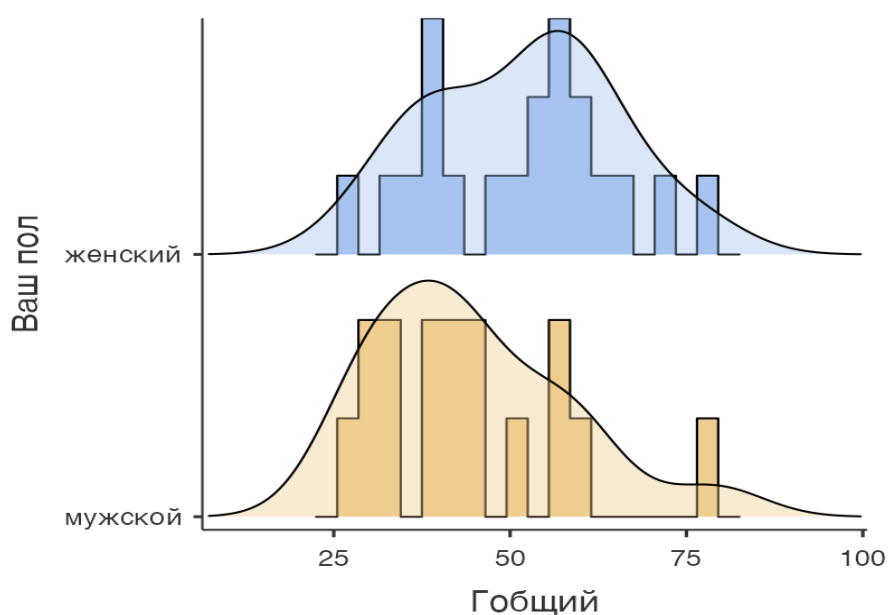


Рис. 3.3. Графік психосоматичних скарг у чоловіків та жінок.

Графік психосоматичних скарг у чоловіків є дещо зсунутим ліворуч в бік, протилежний зсуву графіка проявів алекситимії. Це означає, що чоловіки висловлюють в середньому менше психосоматичних скарг, ніж жінки.

Але ж необхідно з'ясувати із допомогою статистичних критеріїв, чи є ця різниця статистично значущою.

Далі представлені дані розподілу середніх значень між студентами соціономічних та технічних професій:

Середнє значення показника алекситимії згідно з Торонтською шкалою алекситимії (Tsum) у студентів соціономічних спеціальностей (ССС) дорівнює 44.2, у студентів технічних спеціальностей (СТС) - 45,3.

Середнє значення показника психосоматичних скарг по Гісенському опитувальнику (Гобщ) у СССР дорівнює 50,9, у студентів ТС - 46,2.

Медіанне значення Tsum у психологів розташоване на рівні 42.5, у СТС - на рівні 47.5. Мінімальне значення Tsum у психологів дорівнює 61, у студентів ТС - 59. Мінімальне значення Гобщ у СССР має значення 78, у СТС - 79, що співпадає за аналогічним показником у чоловіків та жінок.

Стандартне відхилення показника Tsum у психологів становить 8.996 у СТС - 9.79. По показнику Гобщ стандартне відхилення СССР дорівнює 14.6, СТС - 13.1 (Рис. 3.4).

Descriptives

Descriptives			
	Соц/Техн	Tsum	Гобций
N	псих	18	18
	другой	18	18
Missing	псих	0	0
	другой	0	0
Mean	псих	44.2	50.9
	другой	45.3	46.2
Median	псих	42.5	54.5
	другой	47.5	43.0
Standard deviation	псих	8.99	14.6
	другой	9.79	13.1
Minimum	псих	28.0	28.0
	другой	26.0	28.0
Maximum	псих	61.0	78.0
	другой	59.0	79.0

Рис 3.4. Середні значення алекситимії та психосоматичних скарг в групах студентів соціономічних та технічних спеціальностей

Нижче ми наводимо графіки, які дозволяють візуально вирівняти різницю між середніми значеннями рівня алекситимії у студентів соціономічних та технічних спеціалізацій (рис. 3.5).

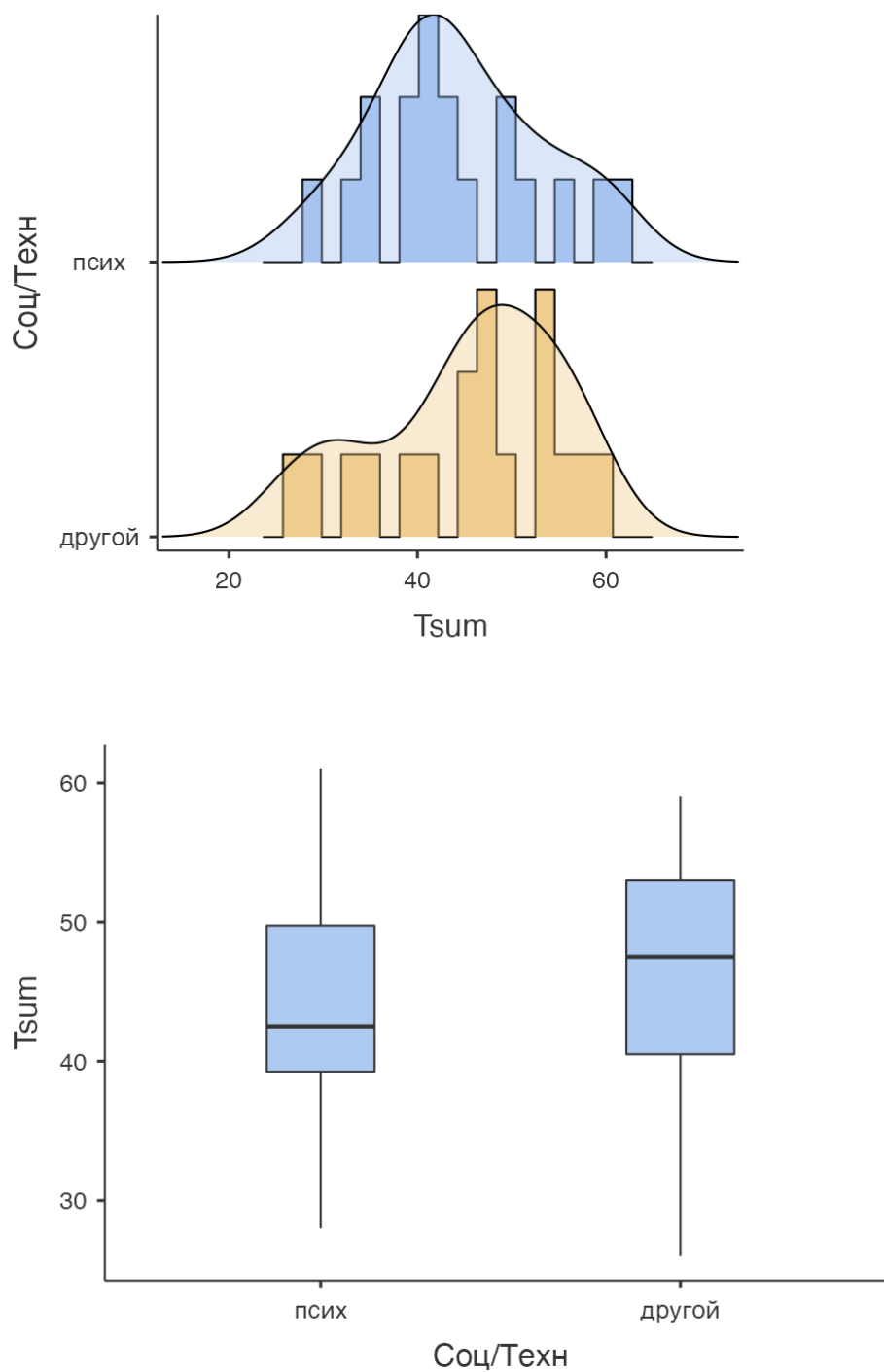


Рис 3.5. Середні рівні алекситимії у студентів різних спеціальностей

Гобций

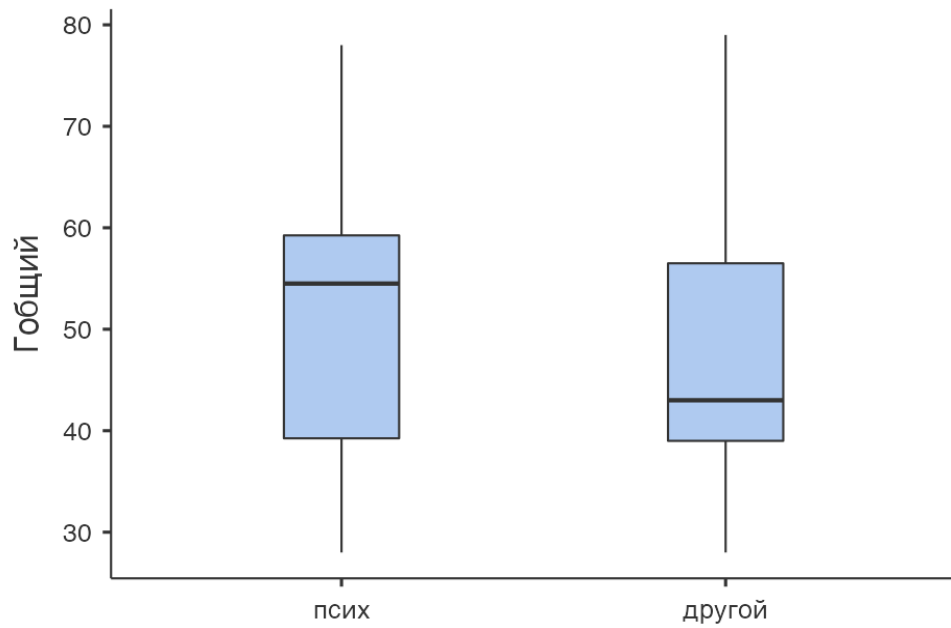
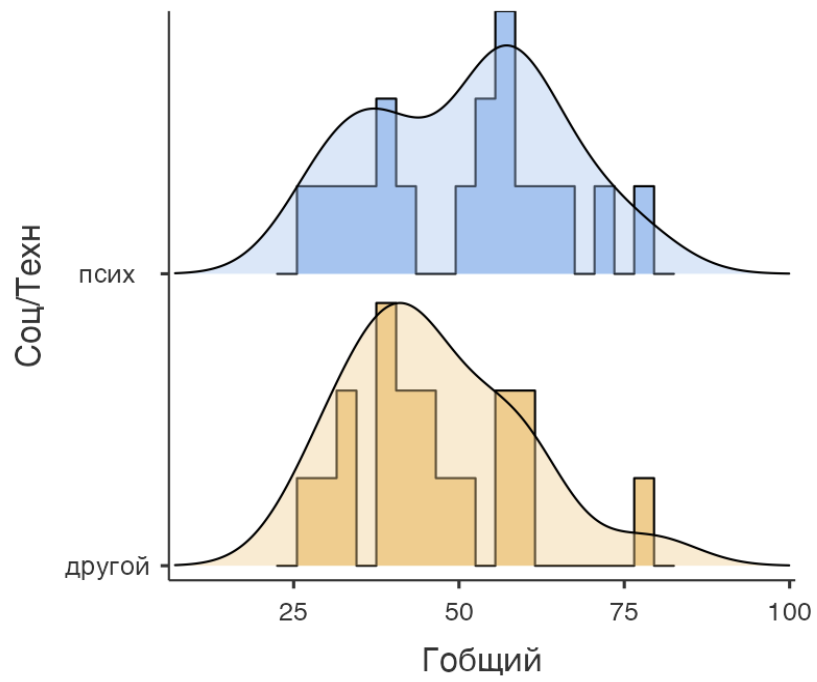


Рис. 3.6. Середні рівні психосоматичних скарг у студентів різних спеціальностей

На рисунку 3.6 видно різницю між середніми значеннями рівня психосоматичної напруженості у студентів психологів та студентів інших спеціальностей. Рівень психосоматичних скарг у ССС є помітно вищим за СТС. Але треба звернути увагу на той факт, що серед ССС доля жінок більша за 90%, а серед СТС переважають чоловіки: ССС жінки 17 осіб, ССС чоловіки - 1 особа; СПС жінки - 3 особи, СПС чоловіки - 15 осіб.

3.2. Кореляційний аналіз та порівняння сукупностей

Як ми зазначали в попередньому пункті дослідження, нами було обнаружено деякі відмінності на рівні описових статистик між середніми рівнями алекситимії та психосоматичної напруженості.

Щоб з'ясувати, чи є ці відмінності статистично значущими, нами було проведене порівняння основних показників методик із допомогою кореляційного аналізу. На рисунку нижче представлена кореляційна матриця, яка дозволяє побачити, чи є статистично значуща кореляція між основними показниками, по яких ми досліджуємо рівень психосоматичної напруженості респондента, саме:

- виснаженність (ГИстоц),
- шлункові скарги (ГЖелудЖалоб),
- ревматичні скарги (ГРевматичЖ),
- серцево-судинні скарги (ГСердеч) та
- загальний рівень психосоматичної напруженості респондента (ГОбщ).

та показником алекситимії (Tsum).

Згідно із даними в таблиці, яка наведена нижче (рис.3.7.), не було виявлено статистично значущої кореляції між рівнем алекситимії та психосоматичними скаргами: Pearson's r 0.122, p -value 0.479.

Correlation Matrix

Correlation Matrix		Tsum	ГИстоц	ГЖелудЖалобы	ГРевматичЖ	ГСердЖ	Гобций
Tsum	Pearson's r	—					
	p -value	—					
ГИстоц	Pearson's r	-0.028	—				
	p -value	0.872	—				
ГЖелудЖалобы	Pearson's r	0.213	0.248	—			
	p -value	0.212	0.144	—			
ГРевматичЖ	Pearson's r	0.107	0.567***	0.413*	—		
	p -value	0.533	<.001	0.012	—		
ГСердЖ	Pearson's r	0.159	0.491**	0.288	0.701***	—	
	p -value	0.355	0.002	0.088	<.001	—	
Гобций	Pearson's r	0.122	0.808***	0.557***	0.875***	0.809***	—
	p -value	0.479	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Рис. 3.7. Кореляційний аналіз основних показників

Було виявлено значну кореляцію між субшкалами шкали психосоматиці та шкалою загальної виснаженості (Гобц): між ревматичними скаргами (ГРевматичЖ) та виснаженням (ГИстоц) показник Pearson's r дорівнює 0,576, та має $p < 0,001$. Між виснаженістю та тиском психосоматичних скарг показник Pearson's r 0,808, та має $p < 0,001$. Шлункови скарги та загальна психосоматична напруженість мають кореляцію Pearson's r 0,557 $p < 0,001$.

Independent Samples T-Test

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p	Mean difference	SE difference		Effect Size
Tsum	Student's t	-0.355	34.0	0.725	-1.11	3.13	Cohen's d	-0.118
Гобций	Student's t	1.009	34.0	0.320	4.67	4.63	Cohen's d	0.336

Assumptions

Normality Test (Shapiro-Wilk)

	W	p
Tsum	0.980	0.735
Гобций	0.977	0.648

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Рис. 3.8. Порівняння двох сукупностей

Порівняння двох сукупностей (групу студентів соціономічних спеціальностей та групу студентів інших спеціальностей) з допомогою критерію Стюдента також не показало статистично значущого результату.

Показник p для змінної алекситимії дорівнює 0.725, а для показника психосоматичних скарг - 0.320. Це дозволяє зробити висновок, що немає статистично значущої різниці в рівні алекситимії між студентами соціономічних та інших факультетів, також немає статистично значущої різниці по показнику психосоматичних скарг.

Але в межах вибірки різниця є: у студентів соціономічних спеціальностей рівень алекситимії є нижчим за рівень, продемонстрований студентами інших спеціальностей.

Показники психосоматичних скарг в межах вибірки продемонстрували протилежні результати: рівень психосоматичних скарг у студентів-психологів був вищим, ніж у студентів інших спеціальностей.

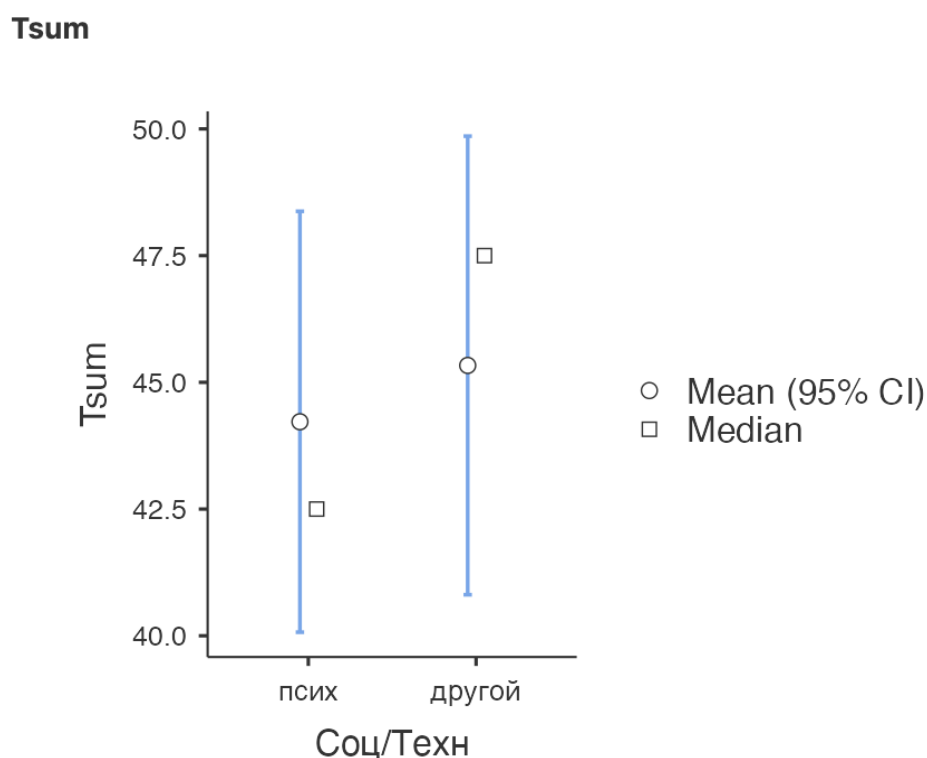


Рис 3.9. Значення алекситимії в межах вибірки

Як видно на рисунку 3.9, середнє значення показника алекситимії (Tsum) дорівнює 44,2 у студентів - психологів, та 45,3 у студентів інших спеціалізацій.

По показнику психосоматичних скарг різниця ще більша, але протилежна: показник Гобщ у студентів психологів дорівнює 50,9, при тому той же самий показник у студентів інших спеціальностей дорівнює лише 46,2 (Рис 3.10).

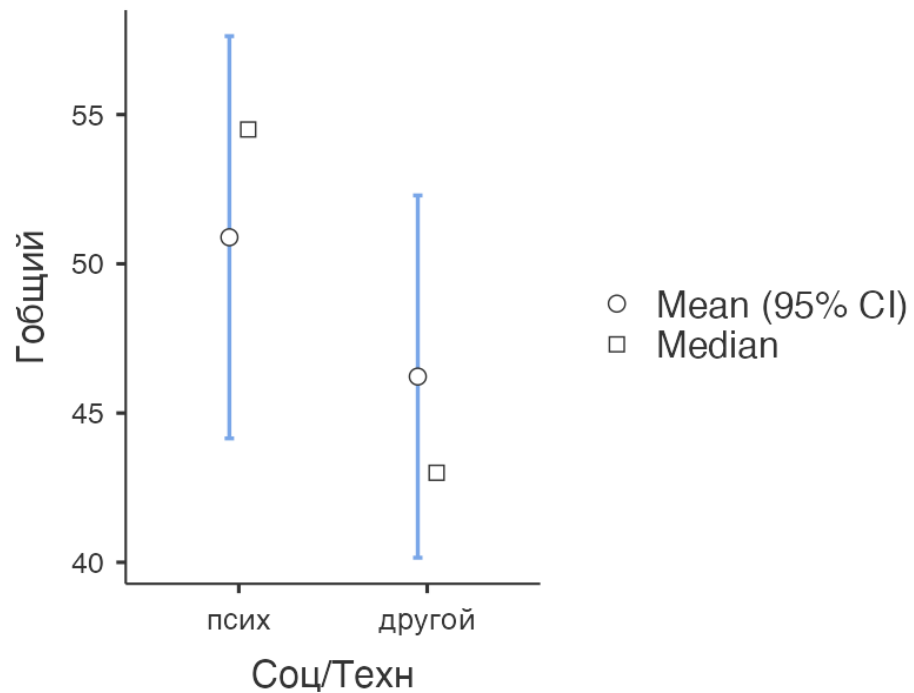
Гобций

Рис 3.10. Значення психосоматичних скарг в межах вибірки

Ми також проаналізували різницю між групами жінок та чоловіків. Із використанням Т-критерію Стюдента була виявлена різниця на межі статистичної значущості по показнику Серцеві скарги (ГСердЖ): 1.704 та p-value 0.049.

Independent Samples T-Test

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p
Tsum	Student's t	-0.593	34.0	0.721
ГИстоц	Student's t	2.185	34.0	0.018
ГЖелудЖалобы	Student's t	-0.935	34.0	0.822
ГРевматичЖ	Student's t	1.187	34.0	0.122
ГСердЖ	Student's t	1.704	34.0	0.049
Гобщий	Student's t	1.576	34.0	0.062

Note. H_a женский > мужской

Рис 3.11. Різниця показників між групами чоловіків та жінок

Таким чином, спираючись на отримані емпіричні дані, ми можемо стверджувати, що наше дослідження не виявило статистично значущої різниці в рівні алекситимії між студентами соціономічних та інших спеціальностей, також не було виявлено статистично значущої різниці між рівнями психосоматичної напруженості між визначеними групами студентів. Але ж в межах виборки ця різниця є, тому ми бачимо сенс в продовженні дослідження на більших вибірках, з ціллю уточнити отриманні в цьому дослідженні результати.

3.3. Практичні рекомендації

Не зважаючи на те, що виявлена різниця не була статистично значущою, ми рекомендуємо звертати увагу на рівень психосоматичної напруженості у студентів соціономічних професій, оскільки ці студенти більш схильні до комунікативної та когнітивної перенапруженості, подавленню негативних емоцій та розвитку психосоматичних станів, пов'язаних із високим рівнем тривожності та нервової напруженості.

Ми рекомендуємо проводити психоедукаційні заходи серед студентів, на яких роз'яснювати важність розуміння своїх власних емоцій. Також студенти можуть потребувати практичних навиків по отреагуванню емоцій, по екологічному їх проживанню. Тут можуть бути корисні методи із когнітивно-поведінкової терапії (ЕПТ).

Також ми рекомендуємо регулярно проводити тестування студентів за шкалами алекситимії та психосоматичної напруженості, щоб виявити тих, хто знаходиться в групі ризику, та може потребувати додаткової уваги.

Не менш значущим є навчання студентів психологів методам роботи із клієнтами з алекситимією, оскільки такі люди потребують інших методик від психотерапевта, ніж люди які більш емоційно освічені. Алекситиміки потребують навчання щодо емоційного інтелекту, розвитку власного емоційного словника і тільки після цього, вони будуть здатні сприймати психотерапію словом. Також людям з алекситимією показані тілесні практики, такі як Фельденкрайз, та терапія мистецтвом (малюнком, танцем, музикою) - все це допомагає людині із алекситимією наблизитись до розуміння власних емоцій та навчитися їх висловлювати.

Висновки до розділу III

Не було виявлено статистично значущої різниці показників Торонтської алекситимічної шкали серед студентів технічних та соціономічних спеціальностей. Але в межах вибірки ця різниця є. Це може свідчити про недостатність розміру вибірки для пошуку статистично значущого показника.

Не було виявлено статистично значущої кореляції між рівнем алекситимії та психосоматичними скаргами серед студентів, здобуваючих соціономічну спеціальність, та студентів інших спеціальностей.

Було виявлено значну кореляцію між субшкалами шкали психосоматиці та шкалою загальної виснаженості (Гобщ) серед студентів: між шкалою ревматичних скарг (ГРевматичЖ) та шкалою виснаження (ГИстощ) показник Pearson's r дорівнює 0,576, та має $p < 0,001$. Між виснаженістю та тиском психосоматичних скарг показник Pearson's r дорівнює 0,808, та має значення $p < 0,001$. Показники шлункових скарг та загальної психосоматичної напруженості мають кореляцію Pearson's r 0,557, та значення $p < 0,001$.

ВИСНОВКИ

В межах цієї роботи ми намагались з'ясувати - чи є соматичні розлади поширеними серед психологів та студентів інших соціономічних професій, і, якщо поширені - то чи супроводжуються вони проявами алекситимії.

Існує думка, що до соціономічних факультетів вступають люди, які більшу увагу приділяють відчуттям - як власним, так і оточуючих. Можна зробити припущення, що студенти-психологи, соціологи та інші, які обрали спеціальність категорії “людина - людина”, будуть мати менш проявів алекситимії, ніж прихильники більш технічних та аналітичних наук, таких як математика, інженерна справа, програмування, юриспруденція, тощо, тому що алекситиміки є більше схильними до оперування числами, та символами.

Але ж в ході дослідження нами не було виявлено статистично значущого зв'язку між рівнем психосоматичних скарг та рівнем алекситимії між студентами психологами та студентами інших спеціальностей. Навпаки, було виявлено статистично незначущий, але все ж протилежний напрямок залежності між цими показниками у студентів психологів: показник алекситимії по Торонтській шкале алекситимії у студентів соціономічних професій був нижче за той же показник у студентів інших спеціалізацій, а показник психосоматичних скарг по даним Гисенського опитувальника психосоматичних скарг, навпаки був вищий.

Це дозволяє зробити нове припущення що до того, що психосоматичні скарги у студентів-психологів пов'язані із чимось іншим попри алекситимію.

В ході дослідження ми знайшли помітну кореляцію в середині субшкал між шкалою психосоматики та шкалою загальної психосоматичної напруженості (Гобщ) серед студентів. А саме різниця була знайдена між шкалами ревматичних скарг (ГРевматичЖ) та загального виснаження (ГИстощ). Показник Pearson's r для цих шкал дорівнює 0,576, та має значення $p < 0,001$.

Між загальною виснаженністю та загальним тиском психосоматичних скарг показник Pearson's r має значення 0,808, та $p < 0,001$.

Показники шлункових скарг та загальної психосоматичної напруженості демонструють рівень кореляції Pearson's r 0,557, та мають показник $p < 0,001$ що говорить о дуже високом рівні статистичної значущості.

Ми не вважаємо ці знаходки дивними, авжеж, якщо людина має соматичні скарги, які відносяться до якої-то однієї системи організму, ця людина може відчувати високий рівень напруженості в цілому, але все ж таки не всі субшкали дають таку високу кореляцію із загальною шкалою, що може свідчити про те, що саме ревматичні та шлункові скарги корелюють із відчуттям загального виснаження та психосоматичної напруженості в цілому, але тут безумовно є простір для подальших досліджень, наприклад, було б цікаво дізнатися чи не має ця кореляція третього загального показника, який впливає і на скарги і на загальний рівень напруженості, наприклад це може бути рівень тривожності.

В додаток до цього, було виявлено, що рівень алекситимії по Торонтській шкалі у жінок-психологів значно нижчий, ніж у жінок - студенток інших спеціальностей, але ці дані не можна вважати статистично достовірними, оскільки жінок у групі інших спеціальностей лише 3 особи. Було б цікаво зібрати велику вибірку та подивитися, чи збережеться відмінність.

Також темою подальшого дослідження може бути та міра суворості та прискіпливості, із якою людина із розвиненим емоціональним інтелектом оцінює свою здатність до відчуття емоцій, та порівняти це із критичністю людини із алекситимією. Наша гіпотеза для подальшого дослідження заключається в тому, що людина з алекситимією ставить до своєї здатності відчувати некритично і завищує свою оцінку, коли в той самий час людина із розвиненим емоціональним інтелектом свою оцінку занижує. Було би цікаво дізнатися, чи є методи об'єктивної оцінки рівня алекситимії, та порівняти ці дві групи із їх допомогою.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина: Принципы и применение. - М.: Прогресс-Культура, 2014.
2. Белоусова К.П. Распространенность алекситимии у студентов-медиков из Карелии и Мурманской области // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – №5. – С. 84-86.
3. Бохан Т.Г., Счастный Е.Д., Терехина О.В., Хомутова Т.О., Танабасова У.В., Галажинская О.Н. Культурная обусловленность алекситимии как фактор риска нарушения психического здоровья (на примере традиционных народов Сибири) // Интернет-журнал «Мир науки». – 2016. – Т. 4. – № 6.
4. Брель Е.Ю. Алекситимия в норме и патологии: психологическая структура и возможности превенции: диссертация ... доктора Психологических наук: 19.00.04 / Брель Елена Юрьевна; [Место защиты: ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет»]. – 2018. – 341 с.
5. Вассерман Л.И. Психологическая защита и аффективные расстройства у пациентов в ситуации витальной угрозы // - М.; Социальная и клиническая психиатрия, 2016. (Журнал).
6. Исаев Р.Н. Психологический стресс и психосоматические расстройства в детском возрасте. Лекции. – СПб.: изд-во ППМИ, 2014.

7. Коростелева И.С., Ротенберг В.С. Проблема алекситимии в контексте поведенческих концепций психосоматических расстройств - Интернет-журнал «Ломоносов» (изд-во МГУ).
8. Куттер П. Любовь, ненависть, зависть, ревность. Психоанализ страстей – СПб.:, 2001.
9. Любан – Плоцца Б. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. – СПб.: Лита, 2015.
10. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: изд-во Эксмо, 2014. © Лиджи-Горяева А.А., 2020.
11. Николаева В.В. О психологической природе алекситимии – Интернет журнал «Ломоносов» (изд-во МГУ).
12. Никулина Д.С. Психолого-педагогические условия преодоления алекситимии у студентов вузов: диссертация ... кандидата психологических наук: 19.00.07. – Таганрог, 2005. – 207 с.
13. Проворотов В.М., Чернов Ю.Н., Лышова О.И., Будневский А.В. Алекситимия - Интернет-журнал «Ломоносов» (изд-во МГУ).
14. Ротенберг В. Образ Я - Интернет-журнал «Ломоносов» (изд-во МГУ).
15. Формирования аддиктивного поведения в подростковом возрасте - Интернет-журнал «Ломоносов» (изд-во МГУ).
16. Федотова Е.И. Психосоматические расстройства - Интернет-журнал «Ломоносов» (изд-во МГУ).
17. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Эмоциональные расстройства и современная культура – Вопросы психологии, №2, 1999.
18. Krystal H. Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment // Интернет-ресурс.
19. Sifneos P.E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients // Интернет-ресурс.

ДОДАТКИ

Додаток А

Торонтська шкала алекситимії

Інструкція до опитувальника (російською)

Пользуясь данной шкалой, укажите, в какой степени вы согласны или не согласны с данным утверждением. Дайте только один ответ на каждое утверждение:

Совершенно не согласен(1), Отчасти не согласен (2), Ни то, ни другое (3), Отчасти согласен (4), Совершенно согласен (5)

Питання (російською)

1. Мне часто бывает трудно разобраться, какое чувство я испытываю
2. Мне трудно подбирать верные слова для своих чувств
3. У меня бывают такие ощущения в теле, в которых не могут разобраться даже врачи
4. Я легко могу описать свои чувства
5. Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто о них рассказывать
6. Когда я расстроен, я не знаю – то ли мне грустно, то ли я испуган, то ли злюсь

7. Ощущения в моем теле часто вызывают у меня недоумение
8. Скорее, я предпочту, чтобы все шло своим чередом, чем буду разбираться, почему вышло именно так
9. У меня бывают чувства, которые я не могу точно назвать
10. Очень важно отдавать себе отчет в своих эмоциях
11. Мне трудно описывать, какие чувства я испытываю к другим людям
12. Люди советуют мне больше говорить о своих чувствах
13. Я не знаю, что творится внутри меня
14. Часто я не знаю, почему я злюсь
15. Я предпочитаю разговаривать с людьми об их повседневных делах, а не об их чувствах
16. Я предпочитаю смотреть легкие, развлекательные программы, а не психологические драмы
17. Мне трудно раскрывать свои самые сокровенные чувства, даже близким друзьям
18. Я могу чувствовать близость к другому человеку, даже когда мы молчим
19. При решении личных проблем я считаю полезным разобраться в своих чувствах
20. Поиск скрытого смысла в фильмах или пьесах мешает получать удовольствие от них

Гісенський опитувальник психосоматичних скарг

Стимульний матеріал (російською мовою)

Я чувствую следующие недомогания:	Не т	Слег ка	Незначител ьно	Значитель но	Силь но
1. Ощущение слабости					
2. Сердцебиение, перебои в сердце или замирание сердца					
3. Чувство давления или переполнения в животе					
4. Склонность к плачу					
5. Зуд					
6. Обмороки					
7. Повышенная сонливость					
8. Пониженная половая возбудимость					
9. Боли в суставах и конечностях					
10. Головокружение					

11. Боли в пояснице или спине					
12. Сильная потливость					
13. Боли в шее (затылке) или плечевых суставах					
14. Нарушения ходьбы					
15. Рвота					
16. Расстройства зрения					
17. Припадки (приступы, судороги)					
18. Тошнота					
19. Увеличение веса					
20. Ощущение кома в горле, сужения горла или спазма					
21. Позывы к мочеиспусканию					
22. Кожные изменения					
23. Отрыжка					

24. Повышенная чувствительность к холоду					
25. Изжога или кислая отрыжка					
26. Спазм в руке при письме					
27. Головные боли					
28. Повышенная чувствительность к теплу					
29. Быстрая истощаемость					
30. Расстройства сна					
31. Повышенная половая возбудимость					
32. Усталость					
33. Нарушение равновесия					
34. Затруднения при глотании					
35. Кашель					
36. Чувство оглушенности					

(помрачения сознания)					
37. Онемение конечностей (омертвление, жжение или мурашки, покалывание в кистях рук и стопах)					
38. Запоры					
39. Отсутствие аппетита					
40. Приступы жара, приливы крови					
41. Чувство тяжести или усталости в ногах					
42. Вялость					
43. Поносы					
44. Параличи					
45. Колющие или тянущие боли в груди					
46. Дрожание					
47. Боли в горле					
48. Лёгкое покраснение					

49. Холодные ноги (ступни)					
50. Волчий голод					
51. Боли в желудке					
52. Приступы одышки (удушья)					
53. Боли в нижней части живота					
54. Уменьшение веса					
55. Ощущение давления в голове					
56. Сердечные приступы					
57. Речевые расстройства					

Посилання на форму-опитувальник в гугл-формах.

<https://forms.gle/ApBTvRAfEvU5ofrs6>

Посилання на файл з результатами опитування.

<https://docs.google.com/document/d/1j3iTO9jNMwChuOipd-1iI285qyaEXqQZKSdKUIVdUc/edit>