

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Кафедра психології

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»
Завідувачка кафедри психології
_____ Ірина ЛИСЕНКОВА
«01» лютого 2023 року

УДК 159.942.3:316.36

ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОСТОСУНКІВ У ПСИХОСОМАТОГЕННИХ СІМ'ЯХ

Кваліфікаційна робота магістра
за освітньо-професійною програмою
«Сімейна психологія з основами психотерапії»
другого (магістерського) рівня вищої освіти
галузь знань 05 – Соціальні та поведінкові науки
спеціальність 053 «Психологія»

Виконала:

студентка 667Мз групи

Павлова Олена Вікторівна

Науковий керівник:

к.психол.н., доцент

Кучманич Ірина Миколаївна

Миколаїв – 2023

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Кафедра психології

Освітній рівень – магістр

Галузь знань: 05 – Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувачка кафедри психології

_____ Ірина ЛИСЕНКОВА

«01» лютого 2023 року

ЗАВДАННЯ
НА ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА

Студентці **Павловій Олені Вікторівні**

Тема роботи: «Особливості взаємостосунків в психосоматогенних сім'ях»
затверджена наказом Чорноморського національного університету імені
Петра Могили № 188 від «21» жовтня 2022 року та № 202 від «04» листопада
2022 року).

1. Об'єкт дослідження – психосоматичні захворювання, як продукт взаємостосунків у сімейній системі.
2. Предмет дослідження – взаємини членів різних підсистем в психосоматичних сім'ях.
3. Завдання дослідження:
 - 1) Здійснити теоретичний аналіз існуючих розвідок та з'ясувати природу виникнення психосоматичних захворювань.
 - 2) Висвітлити характеристику та чинники виникнення дисгармонійних взаємин у психосоматичних сім'ях.

3) Емпірично дослідити взаємини між підсистемами у сім'ях, де носієм психосоматичного симптому є діти.

4) Розробити та апробувати комплексну програму психологічної корекції деструктивних взаємин між членами сімей, які належать до категорії психосоматичних.

5. Науковий керівник роботи.

ППП та посада керівника	Завдання видано (дата, підпис)	Завдання виконано (дата, підпис)
Кучманіч Ірина Миколаївна к.психол.н., доцент кафедри психології	21 вересня 2022 року _____	20 січня 2023 року _____

6. КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи магістра (КМР)	Строк виконання етапів роботи
1.	Погодження керівником змісту КМР.	21.09.2022 р.
2.	Пошук, добір та опрацювання літературних джерел з проблематики дослідження.	09.10.2022 р.
3.	Робота над підготовкою тексту КМР.	
3.1.	Розділ 1. Теоретичні засади вивчення виникнення психосоматичного симптому у психосоматогенних сім'ях.	20.10.20220 р.
3.2.	Розділ 2. Експериментальне дослідження впливу сімейних взаємостосунків на виникнення психосоматичного симптому у психосоматогенних сім'ях.	25.11.2022 р.
3.3.	Розділ 3. Психокорекція взаємин у психосоматогенних сім'ях: логіка побудови та результати формульовального експерименту.	08.12.2022 р.
4.	Висновки.	15.12.2022 р.
5.	Захист КМР на кафедрі (попередній захист).	26.01.2023 р.
6.	Захист КМР перед Екзаменаційною комісією.	23.02.2023 р.

Студентка

Олена ПАВЛОВА

(підпис)

Науковий керівник

Ірина КУЧМАНИЧ

(підпис)

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ВИНИКНЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО СИМПТОМУ У ПСИХОСОМАТОГЕННИХ СІМ'ЯХ	10
1.1. Психосоматичні захворювання: поняття, класифікація, причини.	10
1.2. Поняття взаємостосунків у сімейній психології та особливості взаємин між підсистемами у сімейній системі.....	16
1.3. Сутність поняття «психосоматогенні сім'ї».....	28
Висновки до першого розділу.....	36
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СІМЕЙНИХ ВЗАЄМОСТОСУНКІВ НА ВИНИКНЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО СИМПТОМУ У ПСИХОСОМАТОГЕННИХ СІМ'ЯХ	38
2.1. Емпіричні методи дослідження взаємостосунків у психосоматогенних сім'ях.....	38
2.2. Результати емпіричного дослідження взаємостосунків у психосоматогенних сім'ях.....	42
Висновки до другого розділу.....	59
РОЗДІЛ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЯ ВЗАЄМИН У ПСИХОСОМАТОГЕННИХ СІМ'ЯХ: ЛОГІКА ПОБУДОВИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ФОРМУВАЛЬНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ	61
3.1. Обґрунтування та зміст психокорекційної програми.....	61
3.2. Аналіз результатів апробації психокорекційної програми.....	77
Висновки до третього розділу.....	87
ВИСНОВКИ	89
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	92
ДОДАТКИ	102

ВСТУП

Актуальність дослідження.

Вивчення дисфункціональних сімей зумовлено загальною кризою сім'ї, яку відзначають спеціалісти абсолютно різних видів діяльності – психологи, лікарі, соціологи, демографи тощо. До категорії дисфункціональних належать психосоматогенні сім'ї. У психологічній літературі Е. Ейдемільера, В. Юстицькіса зазначено, що психосоматогенні сім'ї – це взаємозалежна і замкнена на собі система, де всі члени міцно тримаються і контролюють одне одного. В такій родині уникають прояву почуттів, що часто і провокує відчуття покинутості, конфлікти замовчуються, наявні негативні невербальні комунікації. Свобода і право на приватне життя у членів такої сім'ї відсутні. Хвороба члена сім'ї завжди являється відволікаючим маневром, а саме методом уникання конфлікту. Психосоматичний хворий часто являється «носієм проблем» сім'ї.

Як видно з розвідок, такі сім'ї характеризуються надмірним рівнем згуртованості та лояльності, що унеможлиблює прояв «негативних емоцій» та виникнення конфліктів. Назовні члени такої сімейної системи виявляють взаємоповагу, підтримку та любов. Втім стосунки вибудовуються таким чином, що існує невербалізована заборона на вияв сильних емоцій, почуттів та власної точки зору, яка може суперечити позиції інших членів. Відповідно відбувається накопичення невідреагованих переживань, які не мають можливості бути легалізованими поруч із близькими людьми. Єдиним шляхом їх прояву стає соматизація, тобто поява захворювань, які мають психосоматичну природу.

Реалії сучасності спричинюють виникнення в особистості великої кількості надскладних негативних переживань. Військові дії, вимушена міграція, несприятливі умови проживання, примусове розлучення сімей,

втрата звичного ритму життя, смерті – ці та багато інших факторів викликають переживання злості, роздратування, безсилля, розпачу, горя, депресії тощо. Такі складні за силою та впливом на індивіда емоційно-чуттєві реакції тяжіють до того, щоб бути усвідомленими та прожитими в колі близьких та рідних людей. Однак, в умовах, коли взаємодія між членами родини базується лише на ідеї єдності та схожості, реалізувати ці переживання немає можливості.

Як свідчать дослідження вчених Е. Ейдемільера, В. Юстицькіса, І. Малкіної-Пих, Г. Навайтиса, Г. Фрімена, С. Мінухіна, найбільш уразливою категорією в психосоматогенних сім'ях є діти. Це пов'язано з тим, що напруження в системі, яке виникає унаслідок замовчування великої кількості власних міркувань та переживань, каналізує найменший член сімейної системи – дитина (М. Боуен). Відтак саме діти стають носієм симптому, пов'язаного з порушенням сімейної взаємодії та комунікації.

Варто наголосити, що в умовах війни вивчення психосоматичних сімей набуває особливої актуальності. Тому що у період війни більшість сімей нібито акумулюють всі свої сили на збереження ресурсу і родини в цілому, а коли дія стресу стане менша та, як наслідок, зменшиться напруга всередині родини, відбуватиметься втрата умовного контролю над емоціями. Наслідком цього може стати посилення переживання і демонстрація невідрегованих емоцій в колі родини. Сім'ї, де конфігурація стосунків порушена, невибудовані межі між підсистемами, порушена комунікація та рольова взаємодія, такий емоційний сплеск є надзвичайно стресогеним фактором. І саме діти є тим ланцюгом, який вимушено приймає встановлену взаємодію в сімейній системі (відповідно до сімейної ієрархії) та утилізує психологічне напруження. Оскільки діти через особливості вікового розвитку не можуть рефлексувати та ефективно протидіяти негармонійним взаєминам, єдиним можливим шляхом для них залишається соматизація та виникнення захворювань.

Психологічні розвідки, які стосуються вивчення психосоматогенних сімей та виникнення певних захворювань у членів такої системи, є нечисленними в сучасній психологічній науці. Незважаючи на розповсюдження кількості захворювань серед дітей психологічного генезу, ґрунтовне вивчення взаємин, комунікації в сімейних системах такого типу наразі не висвітлено. Саме тому тема дослідження «Особливості взаємостосунків у психосоматогенних сім'ях» є актуальною.

Мета дослідження: полягає в емпіричному вивченні особливостей взаємостосунків у психосоматогенних сім'ях, розробці та апробації комплексної програми психологічної корекції взаємин у психосоматичних сім'ях.

Відповідно до мети та гіпотези визначено такі **завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз існуючих розвідок та з'ясувати природу виникнення психосоматичних захворювань.
2. Висвітлити характеристику та чинники виникнення дисгармонійних взаємин у психосоматичних сім'ях.
3. Емпірично дослідити взаємини між підсистемами у сім'ях, де носієм психосоматичного симптому є діти.
4. Розробити та апробувати комплексну програму психологічної корекції деструктивних взаємин між членами сімей, які належать до категорії психосоматичних.

Об'єкт дослідження - психосоматичні захворювання, як продукт взаємостосунків у сімейній системі.

Предмет дослідження - взаємини членів різних підсистем в психосоматичних сім'ях.

Методи дослідження:

Дослідження взаємин членів у різних підсистем в психосоматичних сім'ях здійснювалися за допомогою теоретичних і емпіричних методів. До теоретичних методів належать: аналіз, синтез, узагальнення та систематизація

результатів існуючих психологічних досліджень. До комплексу емпіричних методів включено: спостереження, бесіда, анкетування та інтерв'ю, констатувальний та формувальний експерименти, психодіагностичні методики. Психодіагностичні методики, використані у дослідженні:

- Опитувальник Шкала сімейної адаптації та згуртованості (Опитувальник FACES-3 / Тест Д. Х. Олсона);
- Методика: Аналіз сімейної тривоги (АСТ) (Е. Г. Ейдеміллер, В. В. Юстицкис);
- Опитувальник «Вимірювання установок в подружній парі» Ю. Є. Альшиной;
- Опитувальник «Рольові очікування і домагання у шлюбі» (РОП), Автором методики є А. Н. Волкова;
- Проективна методика «Малюнок сім'ї».

Організація дослідження. Дослідження було проведено з вересня 2022 року по січень 2023 року. У дослідженні брали участь 100 осіб, віком від 24 років до 40 років. Загалом дослідженням було охоплено 50 сімей із дітьми, яким від 3 років до 14 років. Діти, які брали участь у дослідженні мали психосоматичні захворювання в анамнезі. Так, дітей із захворюваннями органів дихання було 20 осіб (40%), із захворюваннями органів травлення – 20 осіб (40%) та алергічними захворюваннями – 10 осіб (20%).

Практична значущість роботи полягає в тому, що результати дослідження і вивчення взаєностосунків у такого типу дифункціональних сімей дають нам можливість побачити до яких психосоматичних захворювань це може призвести. Матеріали емпіричного дослідження можуть бути використані і лікарями на етапі збору анамнезу у певного захворювання, так як психосоматичний фактор, як ми можемо бачити із дослідження грає важливу роль.

Апробація дослідження.

Основні положення і результати роботи обговорено на Ольвійському форумі – 2022: стратегії країн Причорноморського регіону в геополітичному просторі / I Всеукраїнська науково практична конференція "Тенденції розвитку сімейної психології в умовах війни та невизначеності: виклики, рішення, перспективи" та на Могилянських читаннях – 2022: стратегії країн Причорноморського регіону в геополітичному просторі. – Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2022.

Публікації:

1. О. В. Павлова. Етичні дилеми у роботі з психосоматичними сім'ями. / Матеріали XVIII Міжнародної науково-практичної конференції "Сучасні проблеми екологічної психології: Життєдіяльність особистості в умовах серйовищної невизначеності" / О. В. Павлова // 2022 р., Київ.

2. О. В. Павлова. Психологічні особливості сучасної психосоматогенної сім'ї в умовах воєнного стану. / Матеріали XVI Міжнародної наукової конференції "Ольвійський форум-2022: стратегії країн Причорноморського регіону в геополітичному просторі" / I Всеукраїнська науково-практична конференція "Тенденції розвитку сімейної психології в умовах війни та невизначеності: виклики, рішення, перспективи" / О. В. Павлова // 2022р., Миколаїв.

3. О. В. Павлова. Вплив самоосвіти партнерів на характер взаємин. / Матеріали XXV Всеукраїнської науково-практичної конференції "Могилянські читання - 2022: Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти" / О. В. Павлова //2022 р., Миколаїв.

Структура роботи.

Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до них, загальних висновків, списку використаних джерел із 102 найменувань. Загальний обсяг магістерської роботи складає 109 сторінок, з них 90 основного тексту.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ВИНИКНЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО СИМПТОМУ У ПСИХОСОМАТОГЕННИХ СІМ'ЯХ

1.1. Психосоматичні захворювання: поняття, класифікація, причини.

Психосоматика (від грец. *psyche* - душа, *soma* - тіло) – науковий напрямок в медицині і психології, який досліджує вплив психологічних, фізіологічних, соціальних і культурних факторів на виникнення тілесних захворювань [10, 26]. У працях відомого психоаналітика Ф. Александера йдеться про взаємодію трьох факторів, а саме психологічних, фізіологічних і соціальних, які обумовлюють виникнення психосоматичних розладів [3]. У якості психологічних факторів виступають невирішені внутрішні конфлікти, особистісні якості, які викликають негативні емоції. Замикаючи в собі такі емоції як почуття провини, власної неповноцінності, невиражені сексуальні імпульси та інші негативні емоції людина сама провокує подальше порушення функцій вегетативних органів. Конституційні особливості тих чи інших органів визначаються фізіологічними факторами, а негативні впливи середовища – соціальними.

Основним постулатом психосоматики як науки вважається твердження, що основою психосоматичного захворювання є реакція на психоемоційне переживання, що супроводжується функціональними змінами і патологічними порушеннями в органах [10,16].

У медицині цей термін був введений німецьким психіатром Л. Хайнротом у 1818 році. Існує кілька теорій, що пояснюють походження психосоматичних захворювань.

Ще лікарі Стародавньої Індії вважали, що негативні емоції - це перші сходинки до початку будь-якої хвороби. Давньогрецькі лікарі розглядали людину як єдине ціле. Гіппократ ці погляди описував так: «Важливіше знати якою людиною є ваш пацієнт, ніж знати те, чим вона хворіє». Римський лікар Клавдій Гален доводив залежність нашого здоров'я від стану нервів та мозку.

Аналіз вітчизняних і зарубіжних досліджень дозволив Н. Ю. Єрьоміній констатувати, що причиною психосоматичних розладів є порушена адаптативна функція організму, пов'язана з тим, що людина постійно знаходиться в умовах стресу [32].

Свого часу автор теорії стресу Ганс Сельє [73] стверджував, що «навіть у стані повного розслаблення людина, яка спить, відчуває стрес, а повна свобода від стресу означає смерть». Вплив різноманітних факторів може бути настільки сильним, що організм не справляється із стресом і викликає захворювання.

Відповідно до цієї теорії психосоматичне захворювання є реакцією організму на «психологічні навантаження» і є одним із проявів неспецифічного адаптаційного синдрому [21, 28].

Пізніше Лазарус (1970) у своїй теорії стресу наголошував, що психосоматичне захворювання виникає в результаті взаємодії особистості та оточення. Виразність розладу визначається структурою особистості (цінностями, мотивами, здібностями).

Необхідно зрозуміти, що не лише несприятливі події можуть викликати реакцію стресу [73]. Як говорив Сельє, не має значення, приємна чи неприємна ситуація, у якій виявляється людина. Важлива інтенсивність вимог, що пред'являються до нього, та їх новизна. У реакції стресу можна виділити кілька стадій, перша з них – оцінна. Лазарус вважав процес оцінки дуже важливим, так як від його результатів залежатиме, чи виникне реакція стресу і якою буде її специфіка. Якщо стимул сприймається, як загрозовий чи перевищує можливості людини, починається процес «мобілізації».

У. Кеннон [36]. у роботах показав, що функцію мобілізації виконує симпатична нервова система. Її активація викликає:

- збільшення частоти серцевих скорочень.
- звуження кровоносних судин у черевній порожнині.
- розширення судин кінцівок.
- розширення коронарних судин.
- підвищення артеріального тиску.
- зниження тону м'язів шлунково-кишкового тракту.
- гальмування процесів травлення та виділення, припинення секреції.
- розширення зіниць.
- посилення потовиділення.
- збільшення секреторної функції кори надниркових залоз, що

призводить до збільшення вмісту адреналіну в крові (Рейковський, 1979; Bernard & Cypat, 1994).

Наступну стадію у розвитку стресу Г. Сельє [69, 73] назвав стадією виснаження. Вона пов'язана з активізацією парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи та необхідна для відновлення сил організму.

Активність симпатичної нервової системи більшою мірою пов'язана з такими раптово виникаючими, сильними емоціями, як гнів або страх. Вона супроводжується викидом у кров катехоламінів (епінефрину та норепінефрину), посиленням захисних функцій імунної системи. Надмірне симпатичне збудження у відповідь на загрозу вважають одним із факторів, що сприяють виникненню серцево-судинних захворювань, виразки шлунка. Ці недуги пов'язують із підвищеною «залученням» особистості до будь-якої активності [32].

Парасимпатична нервова система забезпечує збереження та накопичення ресурсів. Внаслідок її активності в кров'яне русло викидаються кортикостероїди (наприклад, кортизол). Це призводить до пригнічення

вітальних функцій організму, але водночас до послаблення запальних процесів з допомогою зниження активності кілерних клітин імунної системи. Парасимпатичні реакції пов'язують із виникненням раку, розсіяного склерозу, депресії (так званих «хвороб невтягнення») [69].

Вважається, що парасимпатична нервова система найбільше активізується у ситуаціях хронічного стресу, коли індивід оцінює загрозу як неконтрольовану.

Що стосується захворювань, які багато дослідників пов'язують із стресом, то серед них називають: ревматоїдний артрит, астму, рак, ішемічну хворобу серця, діабет, гемофілію, виразку, гіпертонію, інсульт, порушення репродуктивних функцій [14, 45, 82].

Відповідно до визначення запропонованого А. Б. Симулевичем психосоматичні розлади – це група хворобливих станів, які виникають за рахунок взаємодії психічних і соматичних факторів та проявляються у вигляді соматизації психічних порушень та психічних розладів, які проявляються як наслідок соматичних відхилень [38].

Досліджуючи особливості формування та розвитку психосоматичних розладів актуальності набуває питання їх виникнення. Висновки таких дослідників як Н. І. Волошко, К. В. Сєдих, Л. Г. Перетятко сходяться в тому, що негативні емоції є одним із ключових факторів, що лежать в основі формування та розвитку психосоматичних розладів [17,18,44, 50].

В статті К. В. Сєдих [18] зазначено, що психосоматичні захворювання – це захворювання головною причиною яких є психічні процеси хворого зумовлені проявом таких емоційних станів як гнів, тривога, депресія, почуття провини іт.п. (Сєдих, 2017). Відповідно до зроблених висновків емоції здійснюють вплив на:

- імунну систему
- гормональний баланс;

- периферичну фізіологічну активність (частоту серцебиття, артеріальний тиск) [50].

Як стверджує у своїх роботах фахівець в області психосоматики І. Г. Малкіна-Пих [47], за даними ВОЗ від 38 до 42% всіх пацієнтів, які звертаються до лікарів, належать до групи психосоматичних хворих. У свою чергу, показники дослідників П. І. Сидорова і І. А. Новікової показують ще більший відсоток їх поширеності. Вони підтверджують 50-70% психосоматичних захворювань серед населення працездатного віку, виокремлюючи захворювання ШКТ, ССС, ендокринні розлади і хронічні неспецифічні захворювання тощо [44].

Однією з перших спроб класифікації психоневрологічних розладів є класифікація, запропонована К. Ясперсом, яка основана на визначенні ключових психосоматичних аспектів [92].

Першим аспектом К. Ясперс визначив соматичні відчуття, які проявляються у кожної людини в процесі життя. Автор класифікації зазначає, що відчуття, які виникають, є недиференційованими та низькоусвідомленими, 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.

Другим аспектом було визначено перманентні, що супроводжують будь-яку психічну активність соматичні явища (фізіологічний вияв емоцій)

Третій аспект – соматичні хвороби, які напряму пов'язані і з рівнем психічної активності людини. Серед них визначають такі види як:

- напади та непритомність (напади психогенного характеру, які проявляються в результаті надмірного психічного збудження);

- функціональні дисонанси в роботі внутрішніх органів (зміни голосу, слуху, фізіологічних процесів, збоїв в роботі кровоносної системи, травної, а також прояв псевдо неврологічних симптомів – тремору, заїкання тощо);

- соматичні хвороби, які К. Ясперс [92] визначає, як реакцію "душі", за рахунок того, що "душа" обирає і впливає на найслабші органи, наприклад, бронхіальна астма, гастрит, виразкова хвороба, тощо;

- дефекти комплексних інстинктивних поведінково-вчинкових паттернів (дисфункції сексуальні, різкі зміни увазі, ендокринні порушення тощо).

Саме запропонована К. Ясперсом [92] класифікація психоневрологічних розладів стала базовою і дозволила іншим застосовувати інші прийоми під час систематизації знань про види психічних розладів, за рахунок того, що саме К. Ясперс врахував всі можливі вияви емоцій та функціональних неврозів внутрішніх органів.

Класичними психосоматичними захворюваннями вважають хвороби, психологічні фактори етіопатогенез і яких є доведеною [21, 89, 101]:

- 1) есенціальна гіпертензія;

- 2) виразкова хвороба 12-палої кишки та виразковий коліт;

- 3) бронхіальна астма;

- 4) цукровий діабет;

- 5) нейродерміти;

- 6) ревматоїдний артрит;

- 7) ендокринні порушення (гіпер- та гіпотиреоз). Близькими за ознаками прийняти вважають такі хвороби, як ішемічна хвороба серця, міома матки та інші [14, 15, 25].

Дослідження Ю. Маркова та Дж. Беріоса дозволили виокремити деперсоналізацію, як прояв дефіцитарного усвідомленого тілесного Я знівелюванням проблем фізичного здоров'я, яка виражається у здатності долати тілесні недуги власними силами і сприйняттям захворювань, які можуть становити загрозу життю, раціонально, без емоційних виявів [11, 73].

Розглянуті нами теорії описують виникнення психосоматичних захворювань. Узагальнюючи, можемо сказати, що і досі залишається багато неоднозначностей та недосліджених аспектів в науковому осмисленні.

Позитивною тенденцією цих досліджень є і подальший розвиток цього напрямку, який буде актуальним, і для медицини, і для психології.

1.2. Поняття взаємостосунків у сімейній психології та особливості взаємин між підсистемами у сімейній системі.

Сім'я є об'єктом дослідження багатьох наук – психології, соціології, економіки, права, етнографії, демографії, педагогіки тощо [5,6,11, 14, 31, 42]. Кожна з них у відповідності зі своїм предметом вивчає специфічні сторони функціонування й розвитку сім'ї. Економіка – споживчі аспекти сім'ї й участь її у виробництві матеріальних благ і послуг. Етнографія - особливості укладу життя й побуту сімей з різними етнічними характеристиками. Демографія - роль сім'ї в процесі відтворення населення. Педагогіка – її виховні можливості. Інтеграція цих напрямків вивчення сім'ї дозволяє одержати цілісне уявлення про сім'ю як про соціальне утворення, що сполучає у собі риси соціального інституту й малої групи.

А психологія сімейних стосунків зосереджує увагу на дослідженні закономірностей міжособистісних відносин у сім'ї, внутрісімейних відносин (їхньої стійкості, стабільності) з позицій впливу на розвиток особистості. Знання закономірностей дозволяють проводити практичну роботу з сім'ями, діагностувати й допомагати перебудовувати сімейні взаємини [38].

Актуальним напрямком у розвитку психології сімейних відносин є розробка її методологічних основ, опора на які дозволяє уникнути фрагментарності, випадковості, інтуїтивності [60, 61]. Найпоширенішим на теперішній час вважають саме системний підхід, де сімейні відносини являють собою структуровану цілісність, елементи якої взаємозалежні, взаємообумовлені: подружні, дитячо-батьківські, дитячо-дитячі, прабатьківські-батьківські, прабатьківські-дитячі взаємини.

Сім'я – це суспільний інститут [14, 15] (з точки зору суспільного санкціонування шлюбно-сімейних відносин), водночас мала соціальна група, що має історично визначену організацію, члени якої пов'язані шлюбними або родинними відносинами, спільністю побуту та взаємною моральною відповідальністю, соціальна необхідність якої зумовлена потребою суспільства у фізичному та духовному відтворенні населення [34, 37]. Сім'ю становлять особи, які проживають сумісно, пов'язанні спільним побутом і мають взаємні права і обов'язки. Подружжя вважається сім'єю й тоді коли дружина або чоловік у зв'язку з навчанням, роботою, лікуванням необхідністю догляду за батьками, дітьми та за інших поважних причин не проживають разом [30].

Варто відмітити, що поняття сім'ї як категорії, що має психологічну складову, психологи почали розглядати тільки з середини сімдесятих років [14]. Але останнім часом інститут сім'ї привертає значно більше уваги як практичних, так і теоретичних психологів, адже він являє собою невід'ємну частину психологічного світу людини.

Г. В. Дворецька розглядає поняття сім'ї, як головний осередок суспільства, який відіграє надзвичайну роль у його життєдіяльності. В сім'ї створюється найбільше суспільне багатство - людина. Тут вона народжується і формується як особистість. Отже, сім'я - це ніби проміжний стан між суспільством та індивідом [29].

За думкою Л. Б. Шнейдер сім'я являє собою осередок суспільства, у якому за кожним закріплені певні ролі відповідно їх статі. Дружина виконує роль матері і господині, чоловік в основному відповідальний за матеріальне забезпечення і сексуальні відносини [79].

Умовою психологічного здоров'я сім'ї, як зазначає О. Кляпець, є гармонійність сімейних взаємин [36]. Здорова сім'я вільна від дезорганізуючої внутрішньосімейної психологічної напруженості і конфліктів, не відчуває дискомфорту подружніх взаємин, має перспективи і не розпадається під

впливом незначних труднощів. Це комплексний узагальнений показник соціальної активності її членів у внутрішньосімейних стосунках, у соціальному середовищі і в професійній сфері діяльності членів сім'ї. Він відображає душевне благополуччя членів сім'ї, що забезпечує адекватну їх життєвим умовам регуляцію поведінки у спілкуванні та діяльності.

За визначенням більшості дослідників (Е. Ейдемільер, В. Юстицькіс, І. Малкіна-Пих, Г. Навайтис, Фрімен) [33, 34] сім'я – складне суспільне утворення, історично конкретна система взаємовідносин між подружжям, батьками і дітьми, мала група, члени якої пов'язані шлюбними або спорідненими відносинами, спільністю побуту, системою ролей, взаємною моральною відповідальністю, правами та певними емоційними відносинами [19, 26, 44, 53, 54].

Будь-яка система як система визначається певними характеристиками: функціями, структурою, динамікою, формами її існування. Як справедливо зазначають дослідники, гармонію внутрішньосімейних відносин з точки зору особистісних параметрів визначають елементи: емоційна сторона подружніх відносин, ступінь прихильності; схожість уявлень подружжя, бачення себе, партнера, сім'ї, соціального світу у цілому; схожість бажаних для партнерів моделей спілкування, поведінкових особливостей; сексуальна, психофізіологічна сумісність; загальний культурний рівень, ступінь психологічної і соціальної зрілості партнерів, співпадіння систем цінностей подружжя (М. Абалакіна, Д. Адамс, Л. Гозман, Р. Зідлер, , Б. Мурстейн, Р. Уінч).

Зазначені особливості функціонування сім'ї Д. Х. Олсон поєднує у «циркулярну модель», що включає у себе два основних параметри: сімейна згуртованість та сімейна адаптація [23].

Сімейну згуртованість Е. Ейдемільер визначає як ступінь емоційного зв'язку між членами сім'ї – взаємозалежність, або автономність та дистанціювання один від одного [26].

Сімейна згуртованість, за Д. Х. Олсоном [56, 57], характеризується такими показниками, як: «емоційний зв'язок», «сімейні межі», «прийняття рішень», «час», «друзі», «інтереси та відпочинок».

Сімейна адаптація розуміється як гнучкість або ригідність сімейної системи до пристосування та змін під впливом стресогенних чинників і характеризується показниками «лідерство», «контроль», «дисципліна», «правила та ролі у сім'ї».

Прихильники системної сімейної психотерапії [19, 20, 42, 50, 51] сім'ю розглядають як систему, яка, як і всі живі системи, прагне як до збереження зв'язків, що склалися між елементами, так і до їх еволюції (П. Вацлавік, К. Вітакер, Д. Джексон, С. Мінухін, В. Сатір, І. Хамітова, Б. Хеллінгер, Дж. Хейлі).

За концепцією системної сімейної психотерапії, сім'я характеризується певними параметрами: структурою сімейних ролей; структурою сімейних підсистем і межами між ними; писаними і неписаними правилами; певними особливостями взаємодії; сімейними міфами, історіями (темами), сімейними стабілізаторами.

Структура сім'ї - це склад сім'ї, кількість членів, а також сукупність її взаємостосунків. В поняття «структура сім'ї» входять [16]:

- склад сім'ї;
- підсистеми різних рівнів – частини сімейної системи, що виконують у її межах відносно незалежні функції [5];
- сім'я в цілому;
- підсистема батьків;
- дитяча підсистема;
- індивідуальні підсистеми.

Сім'я як система може виділяти також підсистеми й за іншими ознаками: статевими, віковими, функціональними та ін. [26]. Нормально функціонуючі

сім'ї характеризуються різницею у правилах взаємодії батьківської і дитячої підсистем і в батьківсько-дитячих підсистемах.

Характерні особливості підсистем та їх вплив на формування і розвиток структури ідентичності можна представити на рис 1.1

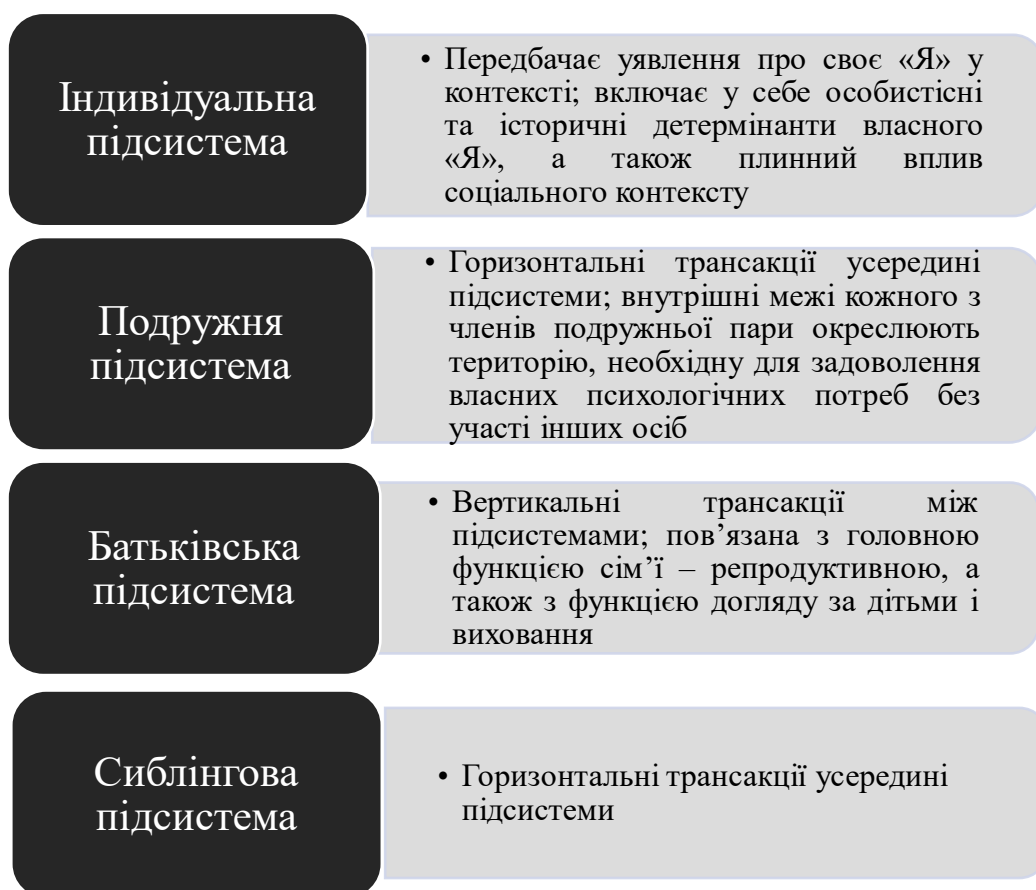


Рис.1.1. Структура сімейної системи

Таким чином в *індивідуальній підсистемі* людина не може не впливати на інших людей, які вступають у взаємодію з нею, оскільки її реакції викликають і посилюють реакції інших членів підсистеми [19, 20]. Відбувається постійний взаємовплив індивідуальних реакцій усередині підсистем і між підсистемами, що дає підставу особистісну ідентичність розглядати невідривною від соціального контексту. І тим самим, соціальний контекст здійснює вплив на розвиток ідентичності особистості. В *подружній*

підсистемі [50, 51] дитина сприймає цінність і модель інтимних взаємовідносин, що є передумовами формування її цінностей та очікувань від контактів з зовнішнім світом. *Батьківська підсистема* [19, 20, 26] впливає на формування у дитини відчуття власної адекватності у взаємодії «дорослий-дитина» у ситуаціях задоволення потреб, бажань, конфліктів; завдяки цій підструктурі відбувається інтеріоризація системи цінностей батьків. Вертикальні трансакції сприяють соціалізації дитини. А *підсистема сиблінгів* характерна визначеністю та чіткістю внутрішніх меж членів підсистеми, що свідчать про цілісну та стабільну особистісну ідентичність.

Підсистема має значення для формування і розвитку ідентичності, як група рівних в яку вступає дитина і де виробляються власні стереотипи і правила, і стереотипи групи рівних. Виникає як відчуття належності до групи, так і усвідомлення можливостей індивідуального вибору і наявності альтернатив у кожній ситуації взаємодії [11, 16, 26, 31].

Специфічна взаємодія з іншими членами сімейної системи створює і посилює ті аспекти особистості, які відповідають контексту. Відтак, взаємодія сприяє розвитку стабільності уявлень про власну ідентичність особистості. У свою чергу, кожний член сім'ї впливає на інших людей у процесі взаємодії, оскільки його поведінка і реакції посилюють або послабляють їх реакції. Таким чином, як зазначає І. Малкіна-Пих, «відбувається постійний колобіг взаємовпливів і реакцій, які підтримують певний стереотип. У той же час й індивід і контекст здатні проявляти гнучкість і змінюватись» [44].

Якість взаємодії між підсистемами безпосередньо обумовлює, на наш погляд, рівень диференціації у сім'ї – здатність людини до усвідомлення. ня себе у якості унікального індивіда та дозволяє пояснити існуючі у самосвідомості людини розбіжності.

Диференціація ідентичності проявляється [62]: у ступені розмежування емоцій від мислительних процесів; ступені залежності від думок і вчинків інших людей та залежності ефективності поведінки від ситуації; в

особливостях міжособистісних взаємин суб'єкта, його близькість - відчуженість. Рівень диференціації ідентичності у взаємодії з іншими людьми визначає: сумісність подружніх відносин у сімейному житті; ступінь узгодженості емоційної інтимності з автономією.

Будь-яка система має зовнішні межі між підсистемами [74]. Зовнішні межі відкритої сімейної підсистеми – це межі між сім'єю і соціумом, які проявляються у тому, що члени сім'ї по-різному ведуть себе один з одним і з людьми, які не входять у їх систему. Чітка дистанція між поколіннями – один з основних компонентів у структурі здорової сімейної системи, що базується, на нашу думку, не на домінуванні батьків над дітьми, а на тому, що сила й особистісна зрілість батьків забезпечує психологічну безпеку та формування зрілої особистісної ідентичності дітей. Особистісно зрілим батькам немає необхідності завжди демонструвати свою силу і безперервно доводити її існування як собі, так і дітям.

Межі визначають структуру сім'ї, а тому й зміст її життя [50, 51]. Кожна сім'я набуває своїх власних правил, а межі таким чином набувають гнучкості й проникливості. Якщо зовнішні межі надто жорсткі, то відбувається мало обмінів між сім'єю і оточенням, створюється застій у системі. При надто слабких межах у членів сім'ї багато зв'язків із зовнішнім середовищем і мало між собою.

Зовнішні межі сприяють формуванню та розвитку сімейної ідентичності, яка, за визначенням Н. Аккерман, включає у себе цінності, спрямування, експектації, тривоги і проблеми адаптації, що поділяють члени сім'ї у процесі виконання сімейних ролей [2, 79].

Внутрішні межі – межі між підсистемами, які можуть включати подружжя, сиблінгів, статеві підсистеми, функціональні групи. Адекватність внутрішніх меж – один з найважливіших аспектів життєдіяльності сім'ї. Внутрішні межі сім'ї задаються різницею у поведінці серед членів окремих

підсистем і сприяють структуруванню психологічного простору сім'ї, що є детермінантою її розвитку [52, 53].

Внутрішню картину сім'ї розкривають стандарти взаємодії – «сталі способи поведінки членів сім'ї, їх учинки і повідомлення, що часто повторюються» [93]. Стандарти взаємодії є патогенними, якщо у безпосередньому сімейному спілкуванні переважають негативні емоції, приниження, погрози, недовіра та залякування в адресу інших членів сім'ї, постійна критика, маніпулювання, шантаж. Інші приклади патогенних стандартів взаємодії, за Е. Г. Ейдемільером [34], – «подвійна пастка», коли будь-яка форма взаємодії не схвалюється іншим партнером по спілкуванню; наявність «сімейного секрету» – прихованої від інших членів сім'ї інформації. Патогенні стандарти ведуть до зниження самоповаги і самооцінки в інших членів сім'ї, викликають зростання напруги і тривоги, агресії, призводять до невротичних станів і психосоматичних захворювань. Крім сімейних стандартів, особливої уваги заслуговують такі параметри внутрішньої картини сім'ї, як: сімейні правила, сімейні сценарії, сімейні легенди та сімейні міфи. Все це складає уявлення сім'ї про себе.

Е. Ейдемільер висловлює тезу про те, що «саме дефіцит правил й обов'язків стає першим джерелом образ і конфліктів; правила являють собою елемент сімейної ідеології» [26].

На нашу думку це дійсно є так. Адже сімейні правила торкаються всіх основних сторін функціонування сім'ї, є писаними і неписаними, культурно заданими й унікальними для кожної сім'ї, виникають на різних етапах життєвого циклу.

Правила необхідні для функціонування будь-якої соціальної спільності: вони регулюють та упорядковують відносини членів групи для досягнення єдиної мети. Проте дія цих правил може бути різною й мати як позитивні, так і негативні наслідки. У дисфункціональних сім'ях правила або суперечливі, або негнучкі, ригідні, або дифузні чи взагалі відсутні, що деструктивно

впливає на формування та розвиток ідентичності особистості. Сімейні правила, як і поведінковий цикл у кожній сім'ї, задаються певним набором переконань, що утворюються з системи життєвих цінностей, переконань і поглядів, які склалися у батьківській сім'ї кожним з членів ядерної сім'ї [100].

Сімейні правила складають зовнішню основу сімейних міфів – багатофункціональних сімейних феноменів, що формуються на макросистемному рівні у вигляді сукупності високоінтегрованих, часто неправдоподібних переконань членів конкретної сім'ї про неї.

Дослідниками А. Бек, Н. Гавриленко, Р. Герсон, Р. Дрейкурс, Е. Ейдеміллер, А. Елліс, Сапогова, Дж. Тойч [32, 33, 78, 102] визначено основні функції існування сімейних міфів: компенсаторна, інтегруюча, соціалізуюча, адаптивна. Особливе місце у наукових працях посідає деструктивна функція сімейного міфу, що дозволяє розрізнити міф від конструктивних або нейтральних уявлень сім'ї про себе. Головна мета, на думку представників сімейної психотерапії, – приховати сімейні конфлікти і незадоволені потреби, узгодити ідеалізовані уявлення членів сім'ї один про одного і зовнішній образ сім'ї у цілому.

За М. Боуеном [47], сімейна історія (тема) – специфічна проблема, яка несе емоційне навантаження і навкруги котрої формується періодично виникаючий конфлікт. Сімейна тема детермінує спосіб організації життєвих подій і проявляється зовнішньо у стереотипах поведінки, які передаються з покоління у покоління. М. Х. Богатирьова [10] висловлює тезу, що міжпоколінна передача сімейної історії заснована на пам'яті про події, які переживались попередніми поколіннями і що цей процес називається соціальною пам'яттю.

М. Боуен наголошує, що патерни взаємовідносин попередніх поколінь можуть забезпечити неявні моделі для сімейного функціонування у наступних поколіннях. Він називав це багатопоколінними переходами сімейних патернів [15]. Вибір життєвого шляху людини багато у чому залежить від життєвого

досвіду, інтересів попередніх поколінь. Такий наслідок «сімейних програм» багатьма дослідниками отримав назву життєвий сценарій, або сімейний сценарій (Ерік Берн, Клод Стайнер, Роберт і Мері Гулдинг, Стен Вуллемс, Таїбі Кейлер).

Найбільш глибока філософська і психологічна концепція життєвого сценарію представлена у трансактному аналізі Е. Берна, де пояснюється цей феномен не як результат формування умовних рефлексів або детермінацією генетичної програми, а наявністю батьківських програм, вказівок або соціальних репрезентацій, що є сценарними зразками [12].

Сценарні зразки, на нашу думку, можуть включати і модель міжсуб'єктної взаємодії, у тому числі і внутрішньосімейної.

Сімейні сценарії [50, 51] – стійкі патерни структурної організації та мікродинаміки сім'ї, що повторюється з покоління у покоління. Сімейний сценарій складається з минулого досвіду життя членів сім'ї, з того, що вони пережили у своїй батьківській сім'ї і минулих шлюбах або позашлюбних стосунках. У сімейні сценарії входять міфи і правила батьківської сім'ї у незмінному вигляді або у негативному відображенні; звички та ритуали, очікування й потреби, що сформувалися під впливом минулого досвіду.

Не менш важливу роль в організації сімейного життя відіграють шлюбно-сімейні настанови [71, 79]. Шлюбно-сімейні настанови формуються з раннього дитинства, в процесі соціалізації. На цей процес безпосередньо впливає батьківська сім'я, вона ж опосередковує пізніші впливи зовнішнього соціального оточення.

Форми взаємовідносин у сім'ї визначають, які проблеми можуть виникати в таких сім'ях. Здорові подружні взаємини, крім забезпечення життєдіяльності сімейного організму, обумовлюють розвиток кожного з партнерів і подружжя в цілому, благополуччя сім'ї, успішність розвитку всіх її членів окремо і разом [68, 80].

У сімейному оточенні, у спілкуванні, у діалозі різних поколінь відбувається реальне становлення психіки дітей і одночасно істотно змінюється психічне життя батьків. У сучасному світі сім'я часто виявляється на перехресті соціальних і економічних проблем суспільства; вона - головний захисник особистості, притулок і фундамент, хоча сама при цьому зазнає внутрішні хворобливі протиріччя. Зв'язки «батьки-дитина» мають найважливіше значення для сформованості структури сім'ї, її актуального становища та напрямків майбутнього розвитку.

В житті кожної дитини сім'я відіграє велику роль, саме взаємини з батьками, відношення батьків до дітей відіграє суттєву роль у подальшому особистісному розвитку людини. А. Г. Ковальов [36] зазначає, що вплив сім'ї полягає у задоволенні потреби особистості у реалізації людських зв'язків, тобто сім'я дає відчуття причетності до певної групи; сім'я дарує відчуття і дає реальні докази значущості особистості для інших: саме в цьому випадку задовольняється потреба у самоствердженні; сім'я дає можливість відчувати тепло, підтримку, тощо. І саме у випадках, коли у дитини виникає негативне ставлення до життя, формується недовіра до оточення, схильність до апатії, сім'я повинна сформувати почуття своєї неповторності. Якщо цього не відбувається – у дитини розвивається відчуття власної сірості, непотрібності, безталанності, не реалізується потреба у розвитку самосвідомості. Родина повинна формувати зразок для наслідування, у кожної людини повинні бути свої ідеали, прагнення, цінності, принципи тощо. Це надає життю сенс і можливість реалізувати власну потребу в орієнтації на щасливе майбутнє.

Вплив батьків (частіше матері) на психічний розвиток дитини вивчається вченими-дослідниками [53], починаючи з 20-х рр. ХХ ст. Батьківська любов має вроджені біологічні компоненти, але в цілому батьківське ставлення до дитини являє собою культурно-історичний феномен, історично змінне явище, яке перебуває під впливом суспільних норм і цінностей [88].

Для визначення механізмів впливу батьків на особистість дитини можна використати схему стилів сімейного виховання американського психолога Ерла Счіфера [77]. Він пропонував оцінювати позиції дитини на перетині двох полярних осей координат. На осі Автономія – Контроль фіксується ступінь свободи дитини в сім'ї: право вирішувати свої проблеми самостійно чи за допомогою батьків або відсутність будь-яких прав, жорстокий контроль з боку поведінки батьків. Ступінь задоволення у відчутті любові, прихильності, емоційного прийняття іншими Е. Счіфер пропонував оцінювати в континуумі Любов-Ворожість. Двомірна оцінка стилю виховання, тобто оцінка статусу дитини на двох осях одночасно, на думку багатьох психологів, може слугувати ключем до розгадки багатьох характерологічних особливостей людини, передусім образу Я – відчуття нею самоцінності, впевненості у собі, здатності виявляти наполегливість та віру у власні сили в досягненні мети. Перетини двох вимірів батьківського ставлення (любові-нелюбові та автономії-залежності) утворюють, згідно Е. Счіфером, 4 основні поля виховання: демократичне (любовь-автономії); гіперопіки (любові-залежності); авторитарне (нелюбові-залежності) та ігноруюче (нелюбові-автономії). Високі бали за кожною із цих координат (більше 60 позначок) свідчать про домінуючі стилі виховання в сім'ї: демократичний, гіперопіка, авторитарний та ігноруючий [77, 78].

Специфічну роль у ментальності українців відіграє архетип Матері [45]. Емоційна залежність від матері, незаперечне прийняття її розпоряджень зберігається впродовж усього людського життя і навіть після її смерті. Цей невидимий зв'язок із матір'ю сильніше виявляється у синів. Звертання за порадою до матері дорослих її дітей, з приводу різних життєвих обставин є типовим в українській народній творчості, особистісні думки, переживання, спогади, майбутнє настільки часто пов'язані з її образом, що це дало науковцям привід стверджувати про наявність комплексу матері.

В концепції А. Я. Варги розглянуті чотири типи батьківського ставлення: приймаюче-авторитарне, відштовхуюче з явищем інфантилізму, симбіотичне й симбіотичне — авторитарне [10, 19, 20]. Перший тип батьківського відношення характерний для суб'єктивно благополучних батьків. Батьки розуміють дитину й погоджуються з нею. Приймають дитину й не вимагають соціальних успіхів. Другий тип батьківського відношення характерний для батьків, які низько оцінюють свою дитину, її індивідуально-особистісні властивості, приписують їй соціально бажані риси й схильності.

Симбіоз (надмірна емоційна близькість), авторитарність – батьки приймають дитину, але вимагають соціальних успіхів, емоційне відкидання - «маленький невдаха» - батьки низько оцінюють індивідуально-особистісні властивості, приписують дитині соціально небажані риси і схильності. Підтримка, дозвіл; пристосування до потреб дитини; формальне почуття обов'язку при відсутності справжнього інтересу до дитини; непослідовна поведінка [20, 47].

Проаналізувавши різні джерела літератури було виявлено, що проведені дослідження в сфері взаємовідносин в різних підсистемах сімейної системи були актуальним питанням завжди, яке потребує і наразі більш детального вивчення і нових поглядів. Аналіз різних визначень та інтерпретацій поняття, показав, що хоча, серед психологів та науковців немає одностайності, щодо понятійного апарату в сімейних взаєминах, все-таки було виявлено, що на взаємовідносини в сім'ї мають вплив певні фактори.

1.3. Сутність поняття «психосоматогенні сім'ї»

Психосоматогенні сім'ї – це взаємозалежна і замкнута на собі система, де всі члени міцно тримаються і контролюють одне одного. В такій родині уникають прояву почуттів, що часто і провокує відчуття покинутості,

конфлікти замовчуються, наявні негативні невербальні комунікації. Свобода і право на приватне життя у членів такої сім'ї відсутні. Хвороба члена сім'ї завжди являється відволікаючим маневром, а саме методом уникання конфлікту. Психосоматичний хворий часто являється «носієм проблем» сім'ї [33, 34, 45].

Збільшення ризиків виникнення і розвитку психосоматичних захворювань у дітей часто визначається затяжним психоемоційним напруженням, а також заборонаю на вираження емоцій. Тоді, як зниженню тривожного стану, який виникає у дитини в нових чи стресогенних ситуаціях, сприяє прив'язаність до батьків. Адже саме батьки забезпечують відчуття захищеності дитини, як при взаємодії в соціумі, так і в момент, коли дитина виявляє особливості поведінки і неадекватні реакції на ті чи інші життєві ситуації.

У науковому доробку Е. Г. Ейдемільера, І. В. Добрякова, І. М. Нікольскої [33, 34, 58] наголошується, що сім'я – основа розвитку дитини, тому формування психологічного захисту і особливостей особистості дитини залежить від ступеня прив'язаності батьків і дитини, від психологічного клімату сім'ї, а також від засвоєння дітьми батьківського типу поведінки. Не викликає сумнівів, що основне джерело знань дитини – це батьки. Тому в сучасному науковому світі одним із основних факторів виникнення психосоматичних розладів виділяють особливий тип дисфункціональних сімей – психосоматогенні сім'ї.

Поняття «психосоматогенна сім'я», а також три типи механізму відносин у таких сім'ях було описано Х. Штирленом [45, 94].

Перший тип – «Зв'язування» характеризується жорсткими стереотипами комунікацій, діти інфантилізуються, відстають в емоційному розвитку. Основна форма спілкування: «роби, як я тобі сказав».

Другий тип – «Відмова» виявляється в тому, що дитина немов відмовляється від себе, від своєї особистості, у неї розвиваються аутистичні тенденції до автономності.

Третій тип – «Делегування», коли +/- у батьків втрачене реалістичне сприймання досягнень своїх дітей, вони сприймають своїх дітей як продовження себе і намагаються реалізувати через дітей свої мрії, які не збулися, маніпулюють дітьми, як проектами свого «Я».

Також сучасні дослідники [3] означеної проблеми вказують на специфічні ознаки психосоматогенних сімей:

- Надмірна включеність батьків в життєві проблеми дитини, яка заважає самостійному розвитку; як результат – захисні механізми слабшають і провокують розвиток внутрішніх конфліктів.
- Надчутливість кожного члена родини до дистресів іншого.
- Правила в родині незмінні.
- Наявність алектимії (заборона відкрито проявляти негативні емоції, відкрито реагувати на біль – стереотип терпіння).
- Тенденція до уникнення конфліктів (заборона на відкриті обговорення внутрішніх конфліктів).
- Дитина і її захворювання часто грає роль стабілізатора в прихованому подружньому конфлікті.

На думку О. Ахунзянової, особливістю таких дисфункціональних сімей є те, що в них порушена комунікація між її членами. Це проявляється в тому, що члени сім'ї не можуть відкрито говорити про свої почуття або показувати свою незгоду з іншими членами родини. Тоді замість відкритої комунікації з'являється симптом, що допомагає виразити саме цю «незгоду», або змінити ситуацію в цілому [8].

Згідно з теорією М. Боуена, здібність подружньої пари справлятися з труднощами, без залучення третьої особи (частіше за все дитини) характеризує здорову сім'ю. І навпаки, втягування дитини у відносини подружжя через

механізм «триангуляції» свідчить про наявність емоційних труднощів у парі і сім'ї в цілому. Дитина в такій сім'ї також емоційно перевантажена, що може призвести до розвитку у неї психосоматичного захворювання [10, 15].

Вивчаючи дані досліджень Сальвадора Мінухіна, можемо засвідчити, що психосоматогенні сім'ї характеризуються наступними особливостями [47, 48]:

- Надмірна опікуваність одне одним, особливо щодо питань здоров'я, та ще і пов'язана з униканням відкритої критики. А таким чином симптоми хвороби працюють, як відволікаючий від взаємних конфліктів механізм.
- Жорстка модель сім'ї, коли сім'я не справляється зі змінами. Якщо конфлікт загрозливий, то симптоматика дитини може виступати в ролі регулюючого механізму.
- Сімейний «клубок» – надмірна спаяність, слабка можливість проявляти свободу і право на особисте життя, вторгнення в думки, оцінки, емоції одне одного.

Очевидно, що в такій сім'ї дитина, нібито отримує нагороду від її членів за виконання своєї функції (якщо є носієм психосоматичного симптому) і тоді вся сім'я займається її хворобою, таким чином відволікаючись від конфліктної ситуації. І якщо не зважати на прихований сімейний стрес, то для всіх навколо така сім'я виглядає абсолютно благополучною, не враховуючи дитячі хвороби.

У свою чергу Р. П. Ліberman (1976) відмітив, що психосоматичні сім'ї відрізняються від інших сімей за такими ознаками:

- слабкі кордони між поколіннями;
- недостатня автономність між їх членами;
- батьківська розладнаність.

Із особливостей психосоматогенних сімей ще можна згадати про наявність деяких патогенних особливостей:

- нездатність, непередготовленість, необізнаність батьків (перш за все матері) щодо раннього розпізнавання тілесних станів дитини (тілесних симптомів) і визначенню їх (непостерігаюча, «холодна» мати чи просто завжди зайнята, яка не має часу);

- нездатність родини, як цілісного організму, до вербального чи іншого конструктивного рішення проблем і включення дитини в сімейний конфлікт. Психосоматогенним сім'ям властива емоційна бідність психологічних відносин і схильність до заперечення психологічних проблем.

Зарубіжна дослідниця М. Mahler розробила концепцію психосоматичної матері [45]. Їй характерні такі риси: авторитарність, надвключеність, домінантність, відкрита тривожність, але латентна ворожість, нав'язливість, надвибагливість, невротичність, приховування внутрішніх конфліктів. У свою чергу, батько в такій родині достатньо слабка особистість. Для таких матерів можливі два типи відносин з дитиною:

- Приховане і несвідоме ігнорування – при цьому дитина використовує мову тіла (тілесний симптом) для привернення уваги матері.
- Симбіоз – мати ніби консервує тілесний контакт, тим самим пригальмовуючи становлення більш пізніх форм взаємодії.

Окрім особистісних особливостей матері і загальних механізмів, які діють всередині сім'ї, існує ще один дуже важливий фактор, який грає роль в розвитку психосоматичних розладів: відносини між батьками дитини, як подружжя, що включають в себе емоційний, поведінковий і смисловий аспекти (близькість, інтимність, довіра) [45, 103].

Таким чином, подружня підсистема виявляється провідною для інших сімейних підсистем (батьківських, сиблінгових). Здатність до сприйняття дитиною батьків у парі, як незалежних від неї, які мають особливі взаємостосунки одне з одним, інтегрує внутрішній світ дитини, в якому тепер можуть існувати різні об'єктні відносини і у неї з'являється більш незалежна позиція для дослідження самого себе.

В дослідженнях F. Alexander і H. Miller ми можемо побачити особливості взаємин між матір'ю і дитиною, яка хворіє і має в анамнезі психосоматичний симптом, що пов'язаний з порушенням в органах дихання. Ранні порушення відносин з матір'ю виявляються у хворого як конфронтація «бажання ніжності», з одного боку, і «страху перед ніжністю» - з іншого. Для астматиків характерна боязливість з істеричними і / або іпохондричними рисами. Від самих хворих їх страх залишається прихованим.

Концепції «нуклеарного конфлікту» і «специфічного ставлення», створені F. Alexander і H. Miller [93], вказують на те, що коріння розвитку захисно пристосувального значення симптому бронхоспазму полягають в особливостях ранніх відносин матері і хворої дитини. У нашій культурі такі відносини можна назвати «люблю і ненавиджу», коли при зближенні відносин мати відчуває роздратування і почуття провини за нього, а дитина - материнське обурення і відчуження то породжує у нього тривогу і страх, а відкрите вираження почуттів забороняється матір'ю («Не плач, перестань кричати») і пов'язане з побоюванням відштовхнути її. Блокування вербального каналу комунікації компенсаторно викликає розвиток тілесних комунікабельних зв'язків, до яких відноситься і прагнення отримати схвалення і тепле ставлення матері за допомогою астматичних симптомів. Надалі ці симптоми стають для астматика способом маніпулювання особами значущого оточення, а для сімей з «тліючим» невротичним конфліктом, від рішення якого вони «йдуть» в силу своїх невротичних рис, способом збереження сімейного «гомеостазу». Фізіологічний сенс бронхоспазму в результаті збільшення рівня тривоги автори бачили в її захисному значенні. Вони вважали, що бронхоспазм - це реакції захисту від загрозового агента, і таке ж значення, але вже з включенням більш високих рівнів реагування, несе в собі симптом тривоги.

У разі «шунтового» механізму [3] напад з'являється у боязкого, тривожного хворого при залученні його в якості арбітра (або «стрілочника» -

shunter) в конфлікт родичів. В цьому випадку напад необхідний для розрядки непродуктивною невротичної конфронтації членів сім'ї і для отримання уваги і турботи під час нападу інфантильним і залежним астматиком. Таким чином, він містить в собі риси і істероподобного механізму (маніпулювання оточенням і перекладання відповідальності на значущих інших), і псіхастеноподобного (тривожність, залежність, складність словесного вираження свого емоційного стану і різке збільшення рівня тривоги при необхідності прийняття рішень).

Отже, ми можемо виділити особистісні риси, що призводять до розвитку і фіксації дихальних порушень по нервово-психічному механізму. Це низький рівень фрустраційної толерантності (недостатня стійкість до стресів), інфантилізм, схильність до блокування емоційних переживань, крихкість і незрілість психологічного захисту, неадекватне уявлення про себе, збільшення комунікативної значущості «мови тіла» (соматичні відповіді), низький рівень усвідомлення - зауваження актуально пережитих емоцій, бажань, потреб - внаслідок порушення здатності до словесного вираження почуттів. Особистісні особливості і невротичні порушення, а також неадекватні особистісні реакції на захворювання (тривожно-депресивні, фобічні, істеричні, іпохондричні) зумовлюють деструктивні форми поведінки хворих, які потім трансформуються в поведінкові стереотипи, що полегшують розвиток астматичних симптомів по нервово психічному механізму. Характерними ситуаціями, які сприяють захворюванню, є ті, які вимагають висловлювання ворожо-агресивних або ніжних і відданих почуттів. Сильні і часто амбівалентні переживання презирства і ніжності лежать в основі захисту і витіснення.

Корисно поглянути на астматичні симптоми не тільки очима хворого, але і з позицій членів сім'ї (або інший мікросоціальної групи). Це дозволяє глибше зрозуміти «умовну бажаність» хвороби, невротичну вигоду, яку вона приносить хворому, оцінити конфліктогенних провоковані приступи задухи як

спосіб патологічної адаптації до мікросоціальної середовищі. Крім того, таким чином стає зрозуміло, як хвороба одного з членів сім'ї дозволяє функціонувати особливим шляхом всій родині, створюючи групову форму психологічного захисту і таким чином ніби зберігає цю сім'ю.

Якщо поглянути на взаємозалежність відносин у сім'ї, їх описують через ті ролі, які виконує дитина. На думку А. С. Співаковської [75], роль дитини можна чітко виділити в дисгармонійній сім'ї, де ставляться один до одного шаблонно, стереотипно, роками зберігаючи ригідні взаємостосунки. Роль - це набір шаблонів поведінки стосовно дитини в сім'ї, сполучення почуттів, очікувань, дій, оцінок, адресованих дитині дорослими.

Найбільш типові чотири ролі:

- «цап-відбувайло»,
- «мазунчик»,
- «примиритель»,
- «бебі».

«Цап-відбувайло» - це об'єкт для прояву взаємного невдоволення

батьків. Цей механізм виникає, як правило, у тих сім'ях, у яких конфлікти і напруга між партнерами не можуть бути задовільно вирішені шляхом відкритого обговорення подружніх проблем, тому що являють собою значну загрозу для одного з партнерів. "Найкращим" об'єктом для цієї ролі в родині є дитина, тому що вона залежна від батьків і має слабкі адаптаційні механізми. Батьки в ситуації напруги і фрустрації неусвідомлено провокують у дитини виникнення неадекватного поведіння або навіть певного симптому. Дитина може, таким чином, відчувати провину за кризу в родині. Вибір одного з дітей не є випадковим. Цю роль батьки схильні приписати першій дитині, якщо конфлікт існує із самого початку шлюбу, чи тій дитині, яка народилась у момент формування конфлікту, а іноді тому з дітей, хто нагадує матір одного з партнерів, з якою у цього партнера був конфлікт у дитинстві чи молодості.

«Мазунчик» заповнює емоційний вакуум у подружніх відносинах, турбота й любов до нього надмірно перебільшені. Навпаки, при сильній близькості чоловіка й жінки один до одного дитина раз і назавжди залишається в сім'ї тільки дитиною, «бебі» з дуже обмеженими правами. «Примиритель» змушений відігравати роль дорослого, регулювати й усувати подружні конфлікти, і в такий спосіб займає найважливіше місце в структурі сім'ї.

Виділяються й інші ролі:

«дитина-тягар»;

«дитина-раб»,

«дитина-коханець» (самотня, як правило, мати наполягає на «відносинах для двох», закріпачує дитину в узах своєї любові);

«дитина як зброя» у боротьбі із чоловіком;

дитина - «замісник чоловіка» (від неї вимагають постійної уваги, турботи, бути поруч і ділитися своїм особистим життям, обмежують контакти з однолітками) [72, 74].

Висновки до першого розділу

Нами було проведено аналіз наявної наукової літератури на тему впливу взаємостосунків на виникнення психосоматичного симптому у психосоматогенних сім'ях. На основі літератури було визначено поняття «психосоматичне захворювання», досліджено причини їх виникнення та проаналізовано наявні класифікації таких захворювань.

Встановлено, що психосоматичне захворювання – це негативна реакція організму, яка виникає внаслідок нервових викликів і призводить до дисбалансу взаємин у різних підсистемах сімейної системи. Серед низки існуючих факторів, найбільш вагомим у виникненні захворювань такого типу є гармонійність взаємин та психоемоційний клімат в сімейній системі.

З'ясовано, що сімейна система – це сукупність таких підсистем, як-от: індивідуальна, подружня, батьківська та сиблінгова. Підсистема сімейної системи – це одна із складових частин сімейної системи, яка виконує її межах певні функції. Визначені підсистеми об'єднані спільним місцем проживання, веденням спільного господарства та, найголовніше, спільними взаєминами. Результати сучасних розвідок засвідчують, що провідною підсистемою є подружня, а найбільш уразливим елементом системи є дитячий холон.

Нами було детально розглянуто та проаналізовано, що таке «психосоматогенна сім'я».

Визначено, що порушення взаємодії між підсистемами спричинює дисгармонію та, як наслідок, виникнення психосоматичних захворювань у найбільш уразливих елементів системи – дітей. Такі сім'ї мають назву психосоматогенних. Психосоматогенна сім'я – це один із видів дисфункціональних сімей, яка характеризується порушенням соматичного стану у представника/ів різних підсистем цієї сімейної системи в наслідок нездорового психологічного клімату в сім'ї. Найбільш характерними ознаками психосоматичних сімей є: надмірна опікуваність одне одним, особливо щодо питань здоров'я, та ще і пов'язана з униканням відкритої критики, жорстка модель сім'ї, коли сім'я не справляється зі змінами, надмірна спаяність, слабка можливість проявляти свободу і право на особисте життя, вторгнення в думки, оцінки, емоції одне одного, алекситимія, заборона на вираження невдоволення, не згоди з ригідними сімейними правилами.

РОЗДІЛ 2.

ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СІМЕЙНИХ ВЗАЄМОСТОСУНКІВ НА ВИНИКНЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНОГО СИМПТОМУ У ПСИХОСОМАТОГЕННИХ СІМ'ЯХ

2.1. Емпіричні методи дослідження взаємостосунків у психосоматогенних сім'ях

Гіпотеза констатувального етапу експерименту полягає у припущенні: порушення структури та емоційної дистанції між членами сім'ї спричинює появу захворювань у її членів, найчастіше, у найменших та уразливих елементів системи - дітей.

Після глибокого вивчення теоретичного матеріалу взаємин у родині та психосоматичних захворювань, ми обрали такі методики для експериментального дослідження, а саме:

- Опитувальник Шкала сімейної адаптації та згуртованості (Опитувальник FACES-3 / Тест Д. Х. Олсона)
- Методика: Аналіз сімейної тривоги (АСТ) (Е. Г. Ейдеміллер, В. В. Юстицкіс).
- Опитувальник «Вимірювання установок в подружній парі» Ю. Є. Альшиной
- Опитувальник «Рольові очікування і домагання у шлюбі» (РОП), Автором методики є А. Н. Волкова
- Проективна методика «Малюнок сім'ї»

Кожна з методик особлива, а головне ефективна. Розпочнемо з опитувальника Шкала сімейної адаптації та згуртованості (Опитувальник FACES-3 / Тест Д. Х. Олсона)

Опитувальник «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (FACES-3 / Тест Олсона) оцінює рівень сімейної згуртованості та рівень сімейної адаптації.

Методика діагностики адаптації та згуртованості сім'ї є одним з найбільш відомих стандартизованих опитувальників, призначених для оцінки сімейної структури. Авторами даного опитувальника є Д. Х. Олсон, Дж. Портнер та І. Лаві; була адаптована у 1986 році М. Перре. Опитувальник Шкала сімейної адаптації та згуртованості сконструйований таким чином, що дозволяє проаналізувати, як члени сім'ї зараз сприймають свою сім'ю і якою б вони хотіли її бачити. Розбіжність між сприйняттям та ідеалом визначає ступінь задоволеності, психологічний клімат існуючою сімейною системою. «Ідеал» дає інформацію про напрям і ступінь змін у сімейному функціонуванні, які хотів би здійснити кожен із тих, хто взяв участь у дослідженні. Чим більша розбіжність між ідеалом і сприйняттям, тим більша незадоволеність існуючою сімейною системою. Опитувальник FACES-3 можуть заповнити всі члени сім'ї, включаючи підлітків віком від 12 років.

Наступна не менш важлива методика «Аналіз сімейної тривоги (АСТ)» (Е. Г. Ейдемільер, В. В. Юстицькіс). Методика варта діагностики показників сімейної тривоги.

Під «сімейною тривоگوю» розуміються стани нерідко, погано усвідомленої і погано локалізованої тривоги в обох або одного з членів сім'ї. Характерною ознакою даного типу тривоги є те, що вона проявляється сумнівами, страхами, побоюваннями, що стосуються насамперед сім'ї.

В «сімейній тривозі», як правило, лежить погано усвідомлена невпевненість індивіда в якомусь дуже йому важливому аспекті сімейного життя. Це може бути невпевненість у почуттях іншого, невпевненість у собі.

Важливими аспектами цього стану є також почуття безпорадності. Саме за допомогою методики можна визначити стан тривоги, безпорадності, смутку і потім його змінити.

Цікавим і вагомим є опитувальник «Вимірювання установок в подружній парі» Ю. Є. Альшиной.

Однією з вдалих методик вимірювання сімейних установок в подружній парі є методика Ю. Є. Альшиной, І. Я. Гозмана, Е. М. Дубовської [Альшина Ю. Є. та ін, 1987].

У дослідженнях сім'ї вивчення «сімейних» установок подружжя займає значне місце. Найбільш популярними і часто використовуваними шкалами установок є такі, як ставлення до шлюбу, дітям, розлучення, сексу, до представників протилежної статі. Використання настановних шкал в дослідженнях сім'ї дуже популярно ще й тому, що вони чуйно відображають зміни, що відбуваються в сучасному інституті шлюбу. Так, саме завдяки широкому вимірюванню аттitudов стали очевидними такі факти, як більш позитивне ставлення людей до егалітарним відносинам у родині, до роботи жінок, зміни ставлення до цінності дітей та ін. Але проте інші дослідження свідчать, що певні установки людей заважають їм адекватно функціонувати в різних життєвих сферах і ситуаціях. Такі установки існують і в сімейних взаєминах. Мабуть, до них належить орієнтація на традиційні відносини між чоловіками і жінками і на патріархальний тип подружніх взаємин та ін.

Цінність і важливість шкал установок для психології сімейних взаємин багато в чому викликані тим, що використання їх безпосередньо пов'язано з рішенням однієї з найважливіших проблем психології сім'ї: дослідження впливу подібності/відмінності (особистісних рис, установок, ціннісних орієнтацій і т. п.) на стосунки подружжя і якість шлюбу.

Слідом за Р. Левисом і Гр. Спаніером багато психологів вважають, що чим більше у подружжя схожих поглядів з різних питань, тим це краще для їхніх відносин. Наприклад, знання про те, наскільки подібними є погляди у пари, що вступає у шлюб, дозволяє припустити найбільш конфліктні в майбутньому для даних партнерів сфери і в разі необхідності використовувати ці дані в дошлюбному консультуванні. Інформація про подібність у поглядах

може також бути корисною в роботі служби сприяння вступу в шлюб одиноких, оскільки у людей з подібними установками ймовірність формування успішних відносин набагато вище.

Останній опитувальник «Рольові очікування і домагання у шлюбі» (РОП). Автором методики є А. Н. Волкова (Волкова А. Н., Трапезникова Т. М., 1985).

Методика спрямована на вивчення уявлень подружжя про значущість у сімейному житті сексуальних відносин, особистої спільності чоловіка і дружини, батьківських обов'язків, професійних інтересів кожного з подружжя, господарсько-побутового обслуговування, моральної та емоційної підтримки, зовнішньої привабливості партнера. Ці показники, відображаючи основні функції сім'ї, складають шкалу сімейних цінностей (ШСЦ). Крім того, ця методика дозволяє уточнити уявлення подружжя про бажаний розподіл ролей між чоловіком і дружиною при реалізації сімейних функцій, об'єднаних шкалою рольових очікувань і домагань (ШРОП). Результати даної методики свідчать про ієрархію сімейних цінностей подружжя, що дає можливість зробити висновок про соціально-психологічної сумісності подружжя в сім'ї.

Діагностика соціально-психологічної подружньої сумісності, у тому числі з використанням опитувальника «Рольові очікування і домагання у шлюбі», набуває особливої актуальності під час будь-якого кризового періоду, змістом якого є рольове переструктурування подружньої пари.

Щоб розглянути психосоматичну проблему родини більш детально, ми вирішили провести одну роботу і для дітей. Найкращим методом для роботи з дітьми є малювання. Тому ми обрали арт-терапевтичну техніку «Малюнок сім'ї». Вона розкриває почуття і бажання людини, а особливо дітей. Інтерпретація процесу малювання реалізує тезу про те, що за динамічними характеристиками малювання криються зміни думки, актуалізація почуттів, напруга, конфлікти, які відображають значущість певних деталей малюнка

дитині. Інтерпретація процесу малювання вимагає творчого включення всього практичного досвіду психолога, його інтуїції.

Отже, кожна з методик зможе розкрити особливості побудови стосунків між різними підсистемами та у родині загалом та з'ясувати чинники виникнення психосоматичного симптому у дітей.

2.2. Результати емпіричного дослідження взаємостосунків у психосоматогенних сім'ях

Після ретельного емпіричного дослідження взаємостосунків у психосоматогенних сім'ях нами були отримані результати від 100 респондентів, віком від 24 років до 40 років. Загалом дослідженням було охоплено 50 сімей із дітьми, яким від 3 років до 14 років. Діти, які брали участь у дослідженні мали психосоматичні захворювання в анамнезі. Так, дітей із захворюваннями органів дихання було 20 осіб (40%), із захворюваннями органів травлення – 20 осіб (40%) та алергічними захворюваннями – 10 осіб (20%).

Згідно результатів методики Опитувальник Шкала сімейної адаптації та згуртованості (Опитувальник FACES-3 / Тест Д. Х. Олсона)

35% мають високий рівень згуртованості, 45% середній рівень згуртованості і 20% низький рівень згуртованості.

30% мають високий адаптивний рівень, 40% середній рівень адаптивності і 30% низький рівень адаптивності. Результати представлено на рис. 2.1.

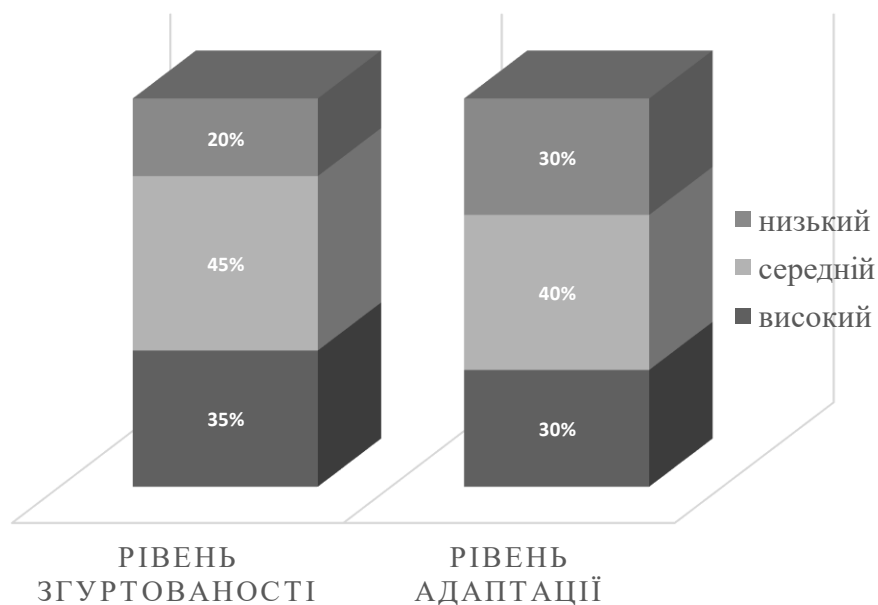


Рис. 2.1. Результати методики «Опитувальник Шкала сімейної адаптації та згуртованості»

Разом з тим, методика показала, «реальне» і «ідеальне». Таким чином, висока розбіжність між адаптивністю і згуртованістю у 28%, середня у 27%, і низька розбіжність адаптивності і згуртованості 45%. Результат зображено на рис. 2.2.

Розбіжність між бажаним та існуючим

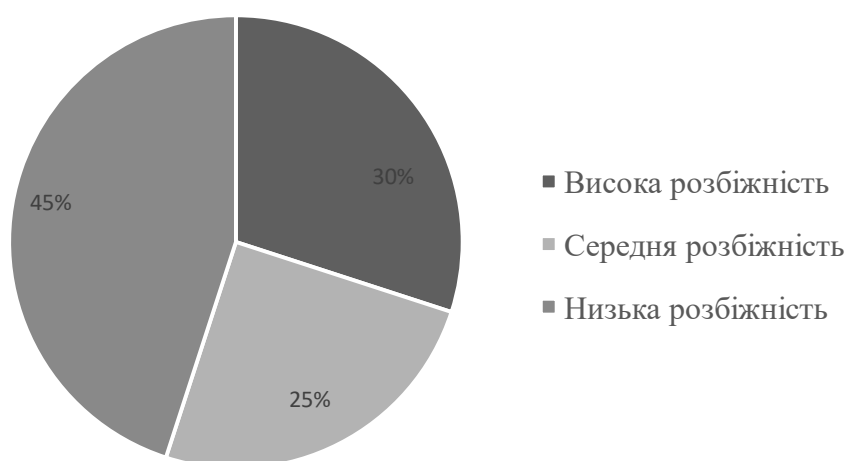


Рис. 2.2. Результати розбіжностей за опитувальником «Шкала сімейної адаптації та згуртованості»

За загальними результатами можна сказати, що корекції та допомоги потребує тільки 28% опитаних респондентів. Останні ж або достатньо адаптивні, або згуртовані. Разом з тим, ми також маємо 28% людей в яких велика розбіжність між бажаним та існуючим. Це говорить про те, що родини можуть жити з великими ілюзіями та незадоволеністю.

Надаємо результати згідно методики: аналіз сімейної тривоги (АСТ) (Е. Г. Ейдемільер, В. В. Юстицькіс).

25% мають високий рівень відчуття провини, 45% середній рівень провини і 30% низький рівень провини. Результати зображено на рис. 2.3.

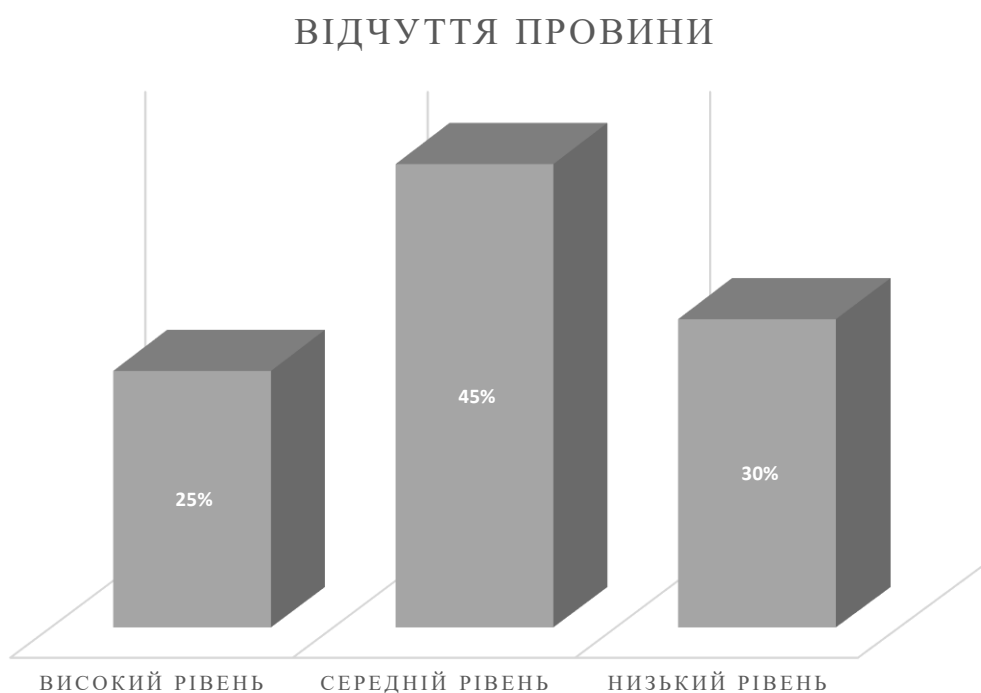


Рис. 2.3. Результати методики: аналіз сімейної тривоги (АСТ)
(Е. Г. Ейдемільер, В. В. Юстицькіс)

Під час зниженого рівня почуття провини, пов'язаний із сім'єю велика схильність до заперечення своєї винності щодо невдач, які виникають у сім'ї. Тобто, 30% не готові брати відповідальність за власні проблеми та ситуації, які трапляються у родині. Натомість 25% мають високий рівень провини, що говорить про надмірне відчуття провини інколи за всіх членів родини.

У 30% знижений рівень тривоги, у 35% середній рівень тривоги, у 30% високий рівень тривоги. Результати продемонстровано на рис. 2.4.

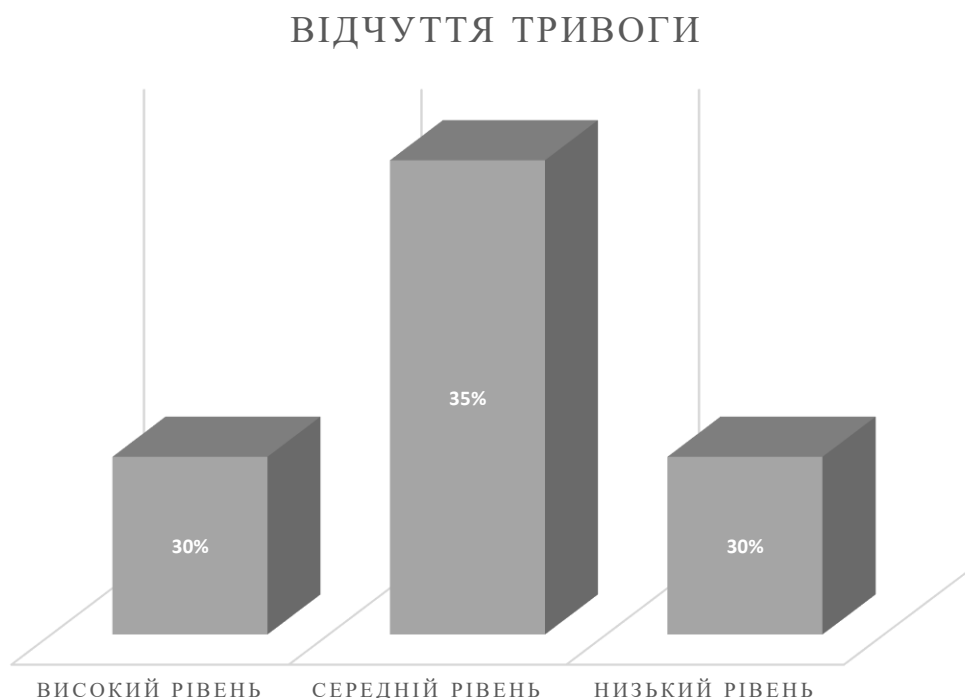


Рис. 2.4. Результати методики: аналіз сімейної тривоги (АСТ)
(Е. Г. Ейдемільер, В. В. Юстицькіс)

У 30% знижений рівень тривоги, у 35% середній рівень тривоги, у 30% високий рівень тривоги.

При зниженому рівні сімейної тривоги, відчувається впевненість у своїх здібностях втручатися у перебіг подій у сім'ї, спрямовувати їх у потрібному напрямі. 75% нормальний або занижений рівень тривоги, нажаль 25% потребують розвитку довіри до світу та сторонньої допомоги, якщо хочуть змін

30% мають високий рівень напруги у родині, 25% середній рівень напруги і 40% мають низький рівень напруги. Результати зображено на рис. 2.5.

ВІДЧУТТЯ НАПРУГИ

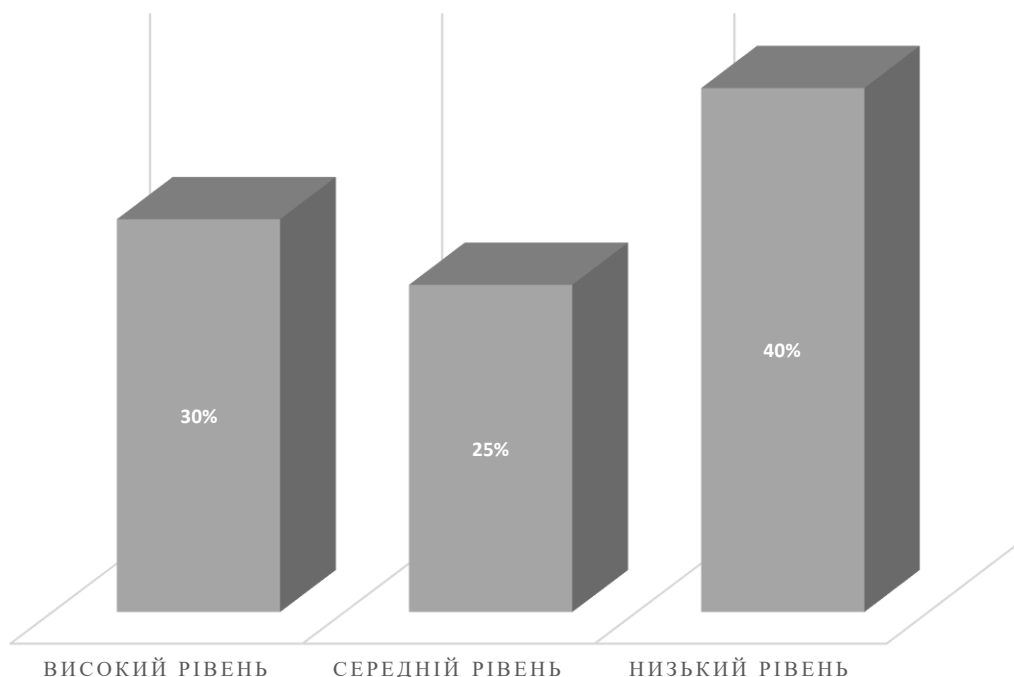


Рис. 2.5. Результати методики: аналіз сімейної тривоги (АСТ)
(Е. Г. Ейдемільер, В. В. Юстицькіс)

Під час підвищеного рівня сімейно-обумовленої нервово-психічної напруженості, настає почуття незадоволеності сімейним життям, схильність до хвилювань та негативних переживань, занепокоєння сімейними справами, необхідність стримувати прояви негативних емоцій. Причинами цього стану можуть бути: ситуація постійного психологічного тиску, важкого чи навіть безвихідного становища; наявність перешкоди для прояву певних, надзвичайно важливих особистості, почуттів, задоволення важливих потреб; конфлікт; неможливість виразити свої емоції, висказати свою думку, або навіть заявити про свої права.

І, таким чином, можемо гіпотетично говорити, що дитина, як найменша і тим самим, найвразливіша одиниця в сімейній системі, ніби бере на себе всю накопичену тривогу і тим самим, виступає «буфером» в своїй сім'ї. А отже, саме цей чинник і може провокувати виникнення психосоматичного

симптома. Виходячи з цього, нажаль 30% мають високий рівень напруги, а тому, потребують допомоги.

Дана методика висвітлила одразу три важливі компоненти у родині – рівень напруги, тривоги та провини, що удосконалює результати роботи.

Нами була обрана ще одна методика, а саме, опитувальник «Вимірювання установок в подружній парі» за Ю.Є. Альшиной. Опитувальник має 10 шкал.

Результати показали, що 60% мають позитивне ставлення до людей та світу загалом, 35% середнє ставлення і нажаль 5% негативне ставлення до людей. Результати продемонстровано на рис. 2.6.



Рис. 2.6. Результати опитувальника «Вимірювання установок в подружній парі» за Ю. Є Альшиной.

Досить позитивні результати, адже ставлення до оточуючих, то основа сприйняття світу, як ми ставимося до оточуючих, так ми ставимося до себе. Тому 95% показали досить добрі, позитивні результати. 50% вмiють гарно рефлексувати та відчувають альтернативу між почуттями обов'язку та

задоволенням, натомість 25% мають низьку рефлексію, ще 25% досить середню. Індивідуальний рівень напруги може спричиняти дискомфорт всій родині, тому дуже важлива рефлексія та здорове відчуття обов'язку. 70% мають гарне відношення до дітей, 20% середнє відношення до дітей і 10% негативне відношення до дітей.

Природою так створено, що багато людей, в нашій ментальності, любить дітей. Тому маємо досить високі та позитивні показники рівня любові до дітей та виховання – 70%.

40% підтримують сумісну діяльність, 60% прагнуть до роздільної діяльності та незалежності один від одного.

Сучасний світ вносить певні зміни у розвиток родин, тому зараз великий відсоток (60%) прагнуть до індивідуальності та автономності, навіть у родині.

25% категорично проти розлучення, 51% нейтральні до розлучення і 24% підтримають розлучення, якщо це буде необхідно.

57% позитивно ставляться до романтики та кохання, 30% більш нейтрально і 13% не підтримують або не заохочуються до романтичних стосунків у парі. Отримані результати продемонстровано на рис. 2.7.



Рис. 2.7. Результати опитувальника «Вимірювання установок в подружній парі» за Ю. Є Альшиной.

Нажаль, без ніжних та романтичних стосунків парі важко будувати відносини, тому відсутність романтики завжди погіршує емоційно-психологічний настрій в парі. Аналізуючи результати респондентів, можемо говорити, що більшу потребу в романтичній вкладовій у парі вичвляють жінки. Тим часом чоловіки говорять про цю важливість, але не так відверто, вважаючи, що це може показати їх зі слабкої сторони. На думку чоловіків ідеальні гармонійні взаємини в парі повинні будуватися так, де б сімейна пара підтримувала співпрацю один з одним, де б чоловік зміг проявляти свою силу, розум і надійність, а жінка відчувала би себе в повній безпеці і захисті.

65% має велике значення сексуальна сфера життя в подружжі, 16% відносяться більш нейтрально і 19% зазначили, що для них не важлива сексуальна сфера життя. Нам всім відомо, як сексуальне життя впливає на щоденність, тому 65% приділяє цьому питанню багато уваги. Результати показано на рис. 2.8.

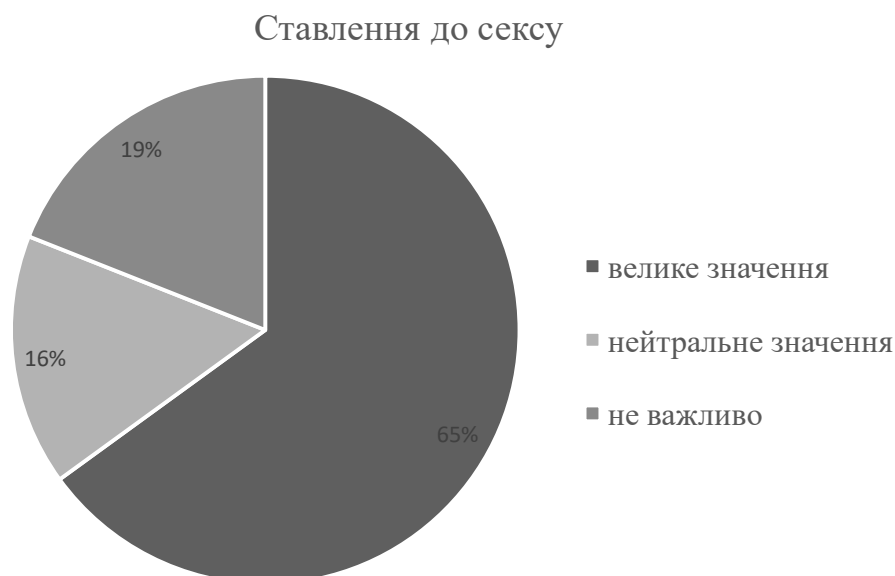


Рис. 2.8. Результати опитувальника «Вимірювання установок в подружній парі» за Ю. Є Альошиной.

25% відчують у темі сексу багато «забороненості», 36% більш нейтральні у темі сексу і 39% не відчують ніяких заборон у темі сексу. Якщо у темі сексу відчувати багато заборонності, то буде дуже важко відчутти розслабленість та оргазм, тому як ніколи важливо говорити про свої страхи та бажання партнеру.

62% притримуються патріархального формування у родині, 38% за егалітарні відношення у родині. Часи змінюються, і великий відсоток бажає вже рівноправ'я у родині.

30% відчують легкість по відношенню до грошей, у 70% більш бережливе ставлення до грошей та їх витрачення. Важливо вміти заробляти та відкладати гроші, проте не менш важливе розуміння, що жити потрібно зараз.

Згідно методики не можна зробити однозначні висновки, адже шкал багато і вони різні. Важливо зрозуміти, чи задовільняє пару те становище, яке вони мають у родині. Тому ми переходимо до останнього опитувальника, щоб остаточно проаналізувати та закріпити результати.

Дуже важливо розібратися з рольовими очікуваннями у сім'ї, адже це те, про що пара інколи навіть не замислюється. Ми працювали з таким опитувальником «Рольові очікування і домагання у шлюбі» (РОП), Автором методики є А. Н. Волкова. Нами було отримано такі результати, а саме:

65% вважають інтимно-сексуальну сферу життя важливою у парі, 25% ставляться до інтимно-сексуальної сфери нейтрально і 10% не вважають дану сферу важливою у подружжі. Результати продемонстровано на рис. 2.9.



Рис. 2.9. Результати опитувальника «Рольові очікування і домагання у шлюбі» (РОП), Автором методики є А. Н. Волкова

Як і в минулій методиці великий відсоток приділяє увагу інтимному життю, це гарно впливає на стосунки у парі та настрої загалом.

55% мають високий рівень сімейної ідентифікації (спільні дії, інтереси), натомість 45% бажають бути більше автономними та самостійними. Схожі результати з попереднім опитувальником, а значить є більш достовірними, що зараз соціум прагне до самостійності та автономності.

65% мають високі рольові очікування в батьківсько-виховній функції, інші 31% мають середні рольові очікування і 4% низьких очікувань у батьківсько-виховній функції. Натомість 35% мають високий рівень рольових домагань. Тобто респонденти готові брати відповідальність на себе та за свої дітей. Немає тих, кому байдуже виховання дітей та те, як до нього буде ставитися чоловік (жінка), це досить позитивні результати на сьогодні. Результат зображено на рис. 2.10.

БАТЬКІВСЬКО-ВИХОВНА ФУНКЦІЯ

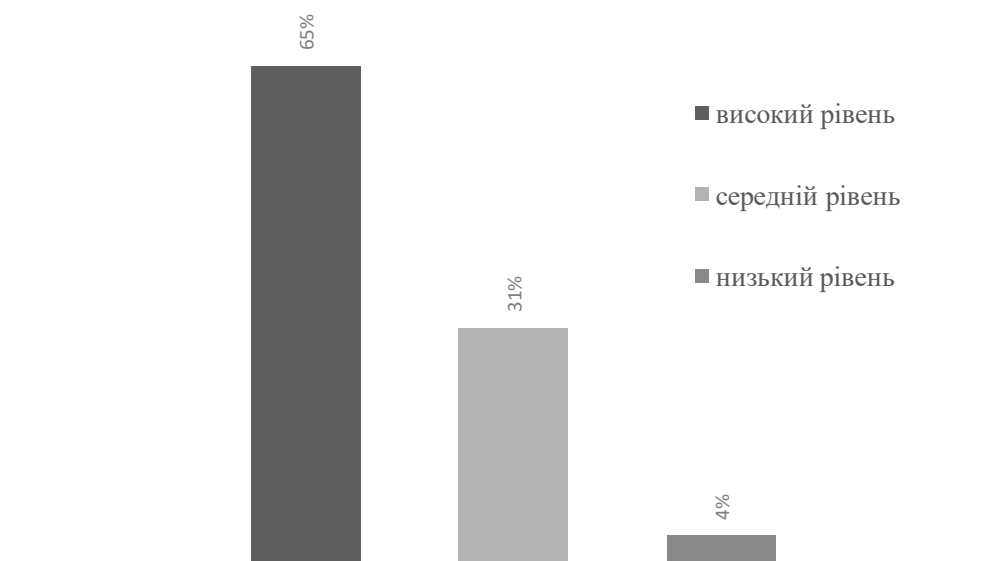


Рис. 2.10. Результати опитувальника «Рольові очікування і домагання у шлюбі» (РОП), Автором методики є А. Н. Волкова

35% респондентів вважають господарську побутову функцію більш важливою, 30% відносяться до неї нейтрально, і 35% не вважають господарсько-побутову функцію важливою. Важливо, що у 50% рольові очікування досить високі до партнера, у 20% середні і у 30% низькі. Разом з тим, тільки у 30% високий рівень рольових домагань. Сучасна молодь робить побутову функцію не такою важливою, але все ж таки, великий відсоток приділяє їй велику увагу. Так, як пари зараз вважають, що сучасні сім'ї не повинні концентруватися на побуті, а краще цей час витратити більш корисно і провести, наприклад, час разом або з дітьми і таким чином отримати більше користі для підтримання гармонійних взаємин у родині. Результати продемонстровано на рис. 2.11.

ГОСПОДАРСЬКО-ПОБУТОВА ФУНКЦІЯ

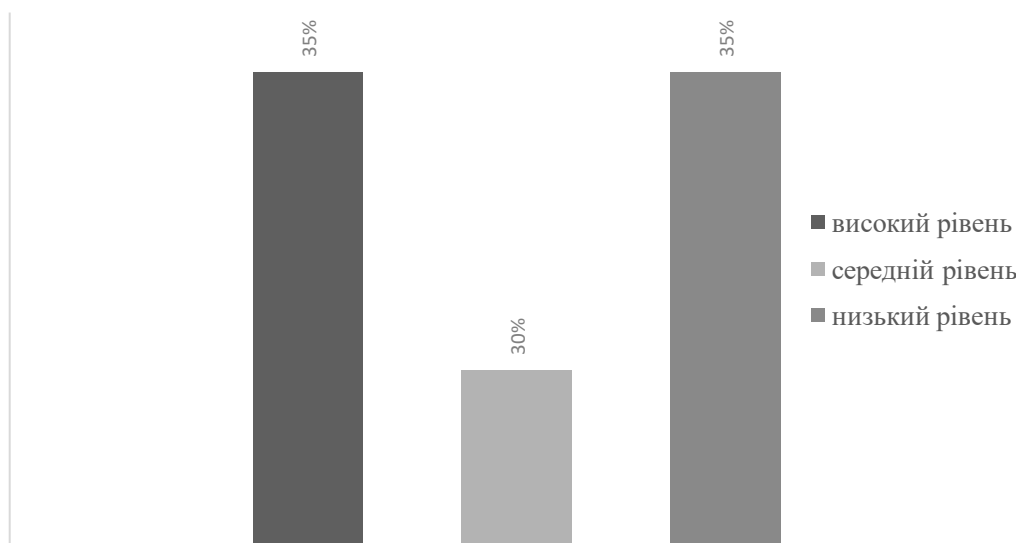


Рис. 2.11. Результати опитувальника «Рольові очікування і домагання у шлюбі» (РОП), Автором методики є А. Н. Волкова

34% зазначили, що мають високі рольові очікування у соціально активній сфері, натомість інші 66% нейтрально відносяться до цього. Разом з тим, у 50% високий рівень рольових домагань і вони намагаються реалізуватися не тільки у родині, але і поза її межами. Інші 50% відносяться нейтрально до соціальної реалізації. Для багатьох самореалізація стала дуже важливою, а тому, партнеру потрібно або погоджуватися з цим або домовлятися на початку відносин.

65% мають високі рольові очікування до подружньої пари у емоційно-психологічній сфері та є потреба у моральній підтримці, натомість середні рольові очікування у 25% респондентів та 10% відносяться нейтрально до емоційного лідерства одного з партнерів у родині. Результати показано на рис. 2.12.

Від моральної підтримки багато, що залежить у родині. З плином різних сімейних і глобальних проблем, всі стали розуміти важливість емоцій і

підтримки, але завжди будуть ті, хто або не готовий приймати тепло або його віддавати.

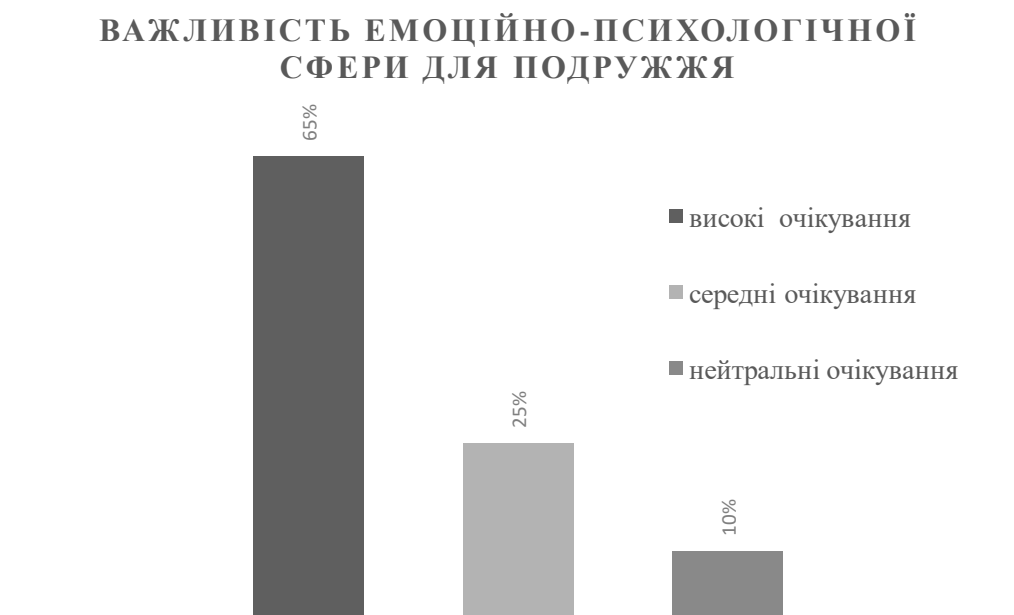


Рис. 2.12. Результати опитувальника «Рольові очікування і домагання у шлюбі» (РОП), Автором методики є А. Н. Волкова

Більшість із опитуваних жінок вважають, що основою гармонійних сімейних взаємин є емоційна близькість, вдячність та повага один до одного, врахування думок партнера та вільне вираження емоцій. Натомість, після проведеного інтерв'ю практично всі пари одногосно зазначили, що розуміють важливість емоційної складової в стосунках і те, що потрібна регулярна робота обох партнерів над взаємостосунками, задля побудови гармонійного внутрішньосімейного клімату.

40% мають високі рольові домагання, тобто готові не тільки просити підтримку, але і завжди її надавати. 20% відносяться нейтрально до рольових домагань, і 40% не хочуть займати лідируючу позицію у цій сфері.

75% зазначили, що мають високі очікування у зовнішній привабливості до партнера, 25% нейтрально віднесли до даної сфери.

Сучасний світ висуває сурові вимоги до зовнішності, особливо жінок, а тому, навіть у родинях високі очікування до зовнішності партнера. Результати продемонстровано на рис. 2.13.

ВАЖЛИВІСТЬ ЗОВНІШНЬОЇ ПРИВАБЛИВОСТІ ПАРТНЕРА

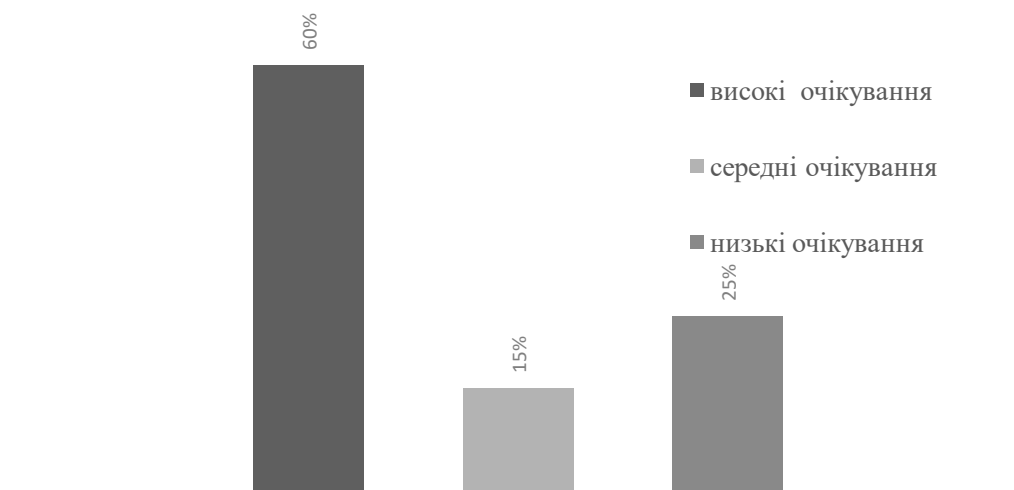


Рис. 2.13. Результати опитувальника «Рольові очікування і домагання у шлюбі» (РОП), Автором методики є А. Н. Волкова

60% готові до високих очікувань від партнера, що своєї зовнішності, а значить відповідати власним вимогам і вимогам партнера. 15% ще вагаються, і не можуть точно визначитися, наскільки це важливо для їх відносин, а 25% не готові приділяти багато часу зовнішності і вважають це взагалі не першочерговою складовою гармонійних сімейних взаємин. Отже, результати досить цікаві для дослідження, адже думки респондентів різняться, а значить не всі партнери готові приділяти увагу особистій зовнішності і брати відповідальність за свою особистість, що і може вплинути на подальші відносини у парі.

Методика розкрила найважливіші функції родини, а саме, господарсько-побутову, інтимно, емоційну, зовнішню, батьківсько-виховну, ідентичну та

соціально активну. Результати різні і важливо кожен шкалу розбирати індивідуально з парою. Але важливо виділити, що більшість готова працювати над собою та над стосункам. Також велика більшість якщо має великі очікування до партнера, то має великі очікування і до себе, а значить задовольняє потреби подружжя. На нашу думку, парам може не вистачати емоційного забарвлення та спільною соціальної активності.

Наступна методика була більш творча. В ході інтерв'ю з дітьми і по результатам проективної методики було виявлено, що діти не отримують підтримки від батьків, відчувають занадто мало уваги, відчувають певну самотність, навіть коли батьки поруч. Деякі з них постійно напружені та стрешені, так як батьки не дозволяють проявляти агресію, невдоволення, а також говорити про емоції. Тому можемо сказати, що проективна методика «Малюнок сім'ї» показала такі результати: 35% дітей відчуває напругу у родині, 20% мають ригідні межі, 35% мають дифузні межі, 20% відчувають тривогу. В багатьох дітей відчуття напруги поєднується з відчуттями тривоги та порушеними кордонами. Результати продемонстровано на рис. 2.14.

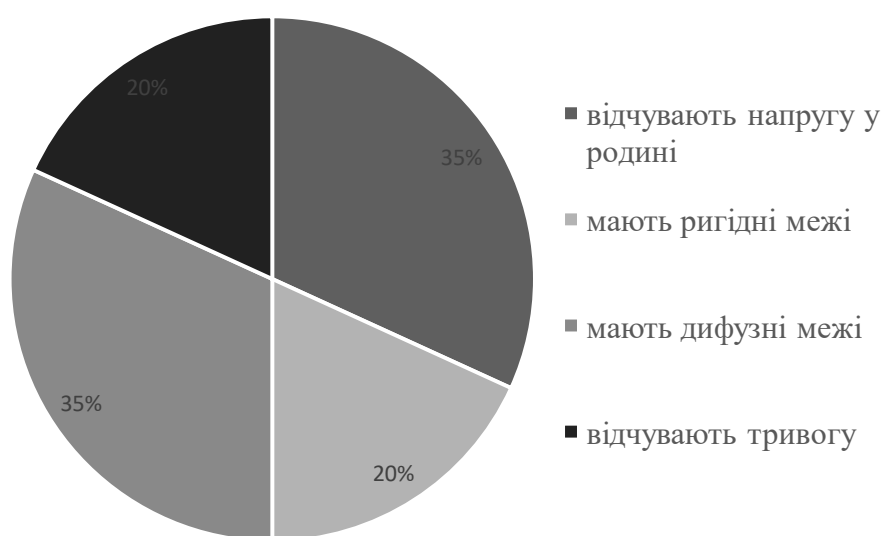


Рис. 2.14 Результати методики «Малюнок сім'ї»

Отже, згідно результатів п'яти методик, треба зазначити, що досить високий відсоток усвідомлених респондентів, які дійсно готові до розвитку. Разом з тим, близько 30% потребують допомоги адже мають низький рівень адаптації та згуртованості, високий рівень тривоги та відчуття провини. Також, приблизно у 30% не збігаються рольові очікування та рольові домагання у родині, що може погіршувати стосунки в парі та посилити психосоматичні захворювання загалом. Більше 35% дітей відчують напруження та психосоматичні симптоми на собі. На нашу думку, тема взаємостосунків психосоматичних сімей актуальна та потребує детального вивчення.

Узагальнюючи наше дослідження і задля доведення більш точного результату, нами було проведено порівняння між сім'ями з дисгармонійними взаєминами і сім'ями у яких гармонійні взаємини. На основі проведеного теоретичного і емпіричного досліджень можемо бачити суттєву різницю між ними у таблиці 2.1

Таблиця 2.1

Порівняльна характеристика психосоматогенних сімей із сім'ями з гармонійними взаєминами

Порівняльні результати	
Психосоматогенні сім'ї	Сім'ї з гармонійними взаєминами
Дифузні кордони у сім'ї	Оптимальні кордони у сім'ї
Велика напруга між подружжям і дітьми	Не велика напруга між подружжям і дітьми.
Не контактні батьки або навпаки занадто сильна прив'язаність між батьками та дітьми	Здорові стосунки між батьками та дітьми

Часта конфліктність між подружжям	Помірна конфліктність між подружжям
Підвищена тривожність та емоційність у родині	Внутрішній стан членів родини достатньо спокійний.
Велика розбіжність між бажаним і існуючим	Розбіжність між бажаним і існуючим відсутня.
Негативне ставлення до оточення	Позитивне ставлення до оточення
Велика кількість установок та стереотипів	Достатня свобода у стосунках
Відсутність сепарації	Здорова сепарація
Великий рівень ідентичності	Великий рівень автономності
Патріархальні відносини у родині	Егалітарні відношення у родині
Не задоволені інтимно - сексуальною сферою	Задоволені інтимно-сексуальною сферою
Низький рівень рефлексії	Низький рівень рефлексії

Отже, можна зробити висновок, що сім'ям у яких є діти, як носії симптому характерні дифузні кордони між різними підсистемами, напруга та тривога між членами родини. Також характерна велика розбіжність між бажаним і існуючим, велика кількість установок та стереотипів, відсутність сепарації та низький рівень рефлексії. Натомість у сім'ях, які не мають дітей, як носіїв симптому - оптимальні кордони, низький рівень конфліктності, здорову сепарацію та великий рівень автономності. Це дає нам можливість стверджувати, що психосоматогенні родини мають суттєві відмінності від звичайних сімей, а тому потребують комплексної допомоги та психологічної підтримки.

Висновки до другого розділу

На констатувальному етапі емпіричного дослідження було з'ясовано, що рівень тривоги, напруги, провини, згуртованості та адаптації, як характеристики внутрішньосімейної взаємодії, зумовлюють формування деструктивних взаємовідносин у родині.

Доведено, що близько 35% сімей мають низький рівень адаптації та згуртованості, що виявляється у відсутності взаємопідтримки, прямої комунікації, емоційної близькості між членам родини. Високий рівень тривоги – 30%, що говорить про небажання включатися в сімейні події, зниження рівня довіри до оточення, апатію, дистанціювання один від одного членів родини та відчуття невпевненості у собі та своїх здібностях. Встановлено, що 25% мають високе відчуття провини, що проявляється у незадоволенні сімейним життям, схильності до хвилюванню, збільшенню негативних переживань, занепокоєнні сімейними справами та загостренні негативних емоційних проявів. Також, приблизно у 40% не збігаються рольові очікування та рольові домагання у родині, що спричинює розбіжності у рольовій взаємодії, призводить до виникнення рольового конфлікту. Більше 35% дітей відчувають напруження, певну самотність, не отримують бажану підтримку від батьків, мають подавлені емоції, відчувають образу на батьків та мають певне почуття ворожості в сім'ї.

Встановлено, що психологічні характеристики психосоматогенних сімей значно відрізняються від сімей з гармонійними взаєминами. Найбільш характерними ознаками психосоматогенних сімей є: дифузні кордони у сім'ї, велика напруга між подружжям і дітьми, не контактні батьки або навпаки занадто сильна прив'язанність між батьками та дітьми, часта конфліктність між подружжям, підвищена тривожність та емоційність у родині, велика розбіжність між бажаним і існуючим, негативне ставлення до оточення, велика кількість установок та стереотипів, відсутність сепарації, великий рівень

ідентичності, патріархальні відносини у родині, не задоволені інтимно-сексуальною сферою, низький рівень рефлексії.

Отримані емпіричні дані свідчать про значну деформацію внутрішньосімейних взаємин у таких сім'ях. Це говорить про важливість розробки комплексної корекційної програми для роботи з психосоматогенними сім'ями.

РОЗДІЛ 3.

ПСИХОКОРЕКЦІЯ ВЗАЄМИН У ПСИХОСОМАТОГЕННИХ СІМ'ЯХ: ЛОГІКА ПОБУДОВИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ФОРМУВАЛЬНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ

3.1. Обґрунтування та зміст психокорекційної програми.

Деструктивні взаємини у психосоматогенних сім'ях формуються тривалий час, що власне і призводить до розвитку психосоматичного симптому у дітей. Відповідно психологічна допомога має здійснюватися тривалий час із застосуванням різних її видів: індивідуальні та сімейні консультації, тренінгові заняття, психотерапія, психологічний супровід. У нашій роботі ми не ставили за мету докорінно змінити взаємостосунки у таких сім'ях, розуміючи відсутність часового ресурсу. Програма психологічної допомоги була націлена на руйнацію наявних ментальних конструктів у свідомості членів сім'ї системи та набуття ними нового досвіду взаємодії з близькими.

Мета психокорекційної програми: набуття учасниками нового досвіду побудови взаємостосунків через усвідомлення існуючих неконструктивних патернів взаємодії та формування навичок ефективної взаємодії у різних підсистемах.

Мета програми конкретизувалася у наступних *завданнях*:

1. Розширити розуміння гармонійних сімейних взаємостосунків в учасників.
2. За допомогою спеціально підібраних вправ усвідомити наявні порушення сімейних меж та комунікації.
3. Виявити патологічні патерни побудови рольової взаємодії.

4. Ознайомитись та відшукати у власних сімейних системах патологічні ролі.
5. Визначити та розглянути у процесі тренінгових занять та консультацій на конкретних прикладах порушення емоційно-психологічного клімату сім'ї.
6. Провести диференціацію та вербалізувати наявні емоційні переживання у членів родини.
7. З'ясувати функцію психосоматичного симптому в дітей для конкретної сімейної системи.
8. Налагодити взаємодію у батьківсько-дитячій підсистемі.
9. Сприяти відреагуванню психоемоційного напруження у дітей.

Ми спираємось на системно-сімейний підхід, адже психосоматогенність сім'ї повинна розглядатися комплексно, як феномен.

Нами була розроблена комплексна програма, яка включала: 3 тренінгових заняття та 10 сімейних консультацій. Розпочнемо з програми тренінгових занять. Кожне заняття розраховано на 2 години. Тренінгові заняття розраховані на 20 осіб, тобто 10 пар які мають дітей.

Додатково ми розробили програму для дітей психосоматичних сімей. Вона розрахована на 7 занять (2 заняття з інтерактивною пісочницею та 5 арт-терапевтичних заняття).

Перше тренінгове заняття

Назва: «Психосоматика для батьків»

Мета: усвідомлення батьками психосоматичних симптомів у дітей через роботу зі своїм психоемоційним станом.

Завдання:

1. Ознайомитися з поняттям «психосоматика».
2. Розкрити важливість роботи зі своїм психоемоційним станом та його впливом на дитину.

3. Розвиток вміння розуміти себе та сигнали свого тіла.
4. Створення позитивної атмосфери в групі.

Відкриття тренінгу (5 хвилин)

Вступне слово: Доброго дня всім! Я - Павлова Олена, практикучий психолог з медичною і біологічною освітою, працюю в напрямі психосоматики. Я рада вас бачити на нашому тренінговому занятті. Маю надію, що даний тренінг буде не тільки цікавим для вас, а і дуже корисним.

Сьогодні ми з вами спробуємо дещо розібратись з поняттям психосоматики та її ролі у нашому житті. Ви з'ясуєте для себе, як психоемоційний стан мами впливає на здоров'я та самопочуття дитини і те, що, в першу чергу, працювати потрібно над своїм благополуччям.

Вправа на знайомство (10 хвилин)

У кожного з нас є близькі люди, які добре нас знають. Я пропоную кожному з вас по черзі представити своє ім'я і закінчити фразу «Мій (хтось) сказав би про мене, що...»

Після того, як перший круг закінчився, тренер пропонує по черзі відповісти на питання:

- «Навіщо я сюди прийшов?»
- «Чого я очікую від тренінгу?»
- «Чи є в мене якісь побоювання?»

Очікування кожного можна записати на стікерах та приліпити на плакат. Потрібно зазначити, що робота в кожній тренінговій групі повинна керуватись певними правилами, тому пропоную прийняти такі правила роботи

Вправа «Правила роботи в групі» 5 хв

Мета: акцентувати увагу учасників на дотриманні правил роботи у групі.

Психолог знайомить учасників з загальними правилами групової роботи та акцентує увагу на необхідності їх дотримання в роботі тренінгової групи.

Зачитується кожне правило (якщо група додає чи знімає певні правила, то тренер відображає це на плакаті): Ввічливість, Добровільна активність, Піднята рука, Зворотній зв'язок, Доброзичливість і повага до думки кожного, Тут і тепер, Бути відкритим новим враженням; Нікого не критикуємо; Бути чесним із самим собою; Підтримуємо один одного.

Правила потрібно написати на великому аркуші паперу і прикріпити на видному місці. Вони мають бути доступними постійно.

Вправа «Зоровий контакт», (20 хвилин)

Мета: встановити відверті стосунки між учасниками

Хід роботи

Учасники діляться на пари за тим, як вони сидять і розташовуються один напроти одного. Протягом 3 хвилин вони повинні будти разом, не озиваючись один до одного, їм пропонується утримувати зоровий контакт. Це може викликати зорове напруження або бажання сміятись. В такому випадку робиться кілька глибоких вдихів і видихів. Учасники повинні запам'ятати все, що з ними відбувається.

Обговорення:

- Для чого на вашу думку, ми робимо цю вправу?
- Що ви відчували?

Що було найцікавішим, найважливішим ?

Перш ніж перейти до обговорення теорії, ми зробимо вправу, яка допоможе зрозуміти, що взагалі для вас означає бути здоровими

Вправа (15 хвилин)

Інструкція: треба взяти аркуш паперу, ручку і написати 50 і більше відповідей на запитання «Як я зрозумію, що я здоровий?» (у яких відчуттях, як я себе почуватиму).

Наприклад, «Я вставатиму о 7 ранку повний сил і енергії, я відчуватиму легкість у тілі, у мене буде гарний рівний настрій».

Поки ми не створимо всередині себе чітку і ясну систему координат, здоров'я не змінюватиметься на краще. Бо часто насправді людина не хоче змінюватися, не хоче ставати здоровою. А ці вправи допомагають правильно орієнтувати підсвідомість. Після того, як їх виконаємо, ми почнемо будувати своє життя так, щоб рухатися до здоров'я. Тепер будь-які дії, спрямовані на здоров'я, дадуть набагато більший ефект.

Важливо: відповіді повинні бути у стверджувальній формі (не містити частинки «не»). Адже наша підсвідомість не сприймає частку «не».

Важливо: аркуші з відповідями не потрібно викидати. Коли ми відчуємо, що у нас поганий настрій або ось-ось ми занедужаємо, треба взяти в руки ці листки – перечитувати їх не обов'язково, у нашій підсвідомості вже стоятиме «якір», пов'язаний з тим, що ми написали. Навіть той факт, що ми їх тримаємо в руках, запускатиме всередині нас процеси, що настроюють на здоров'я.

Практична вправа (20 хвилин)

Матеріали: кілька аркушів паперу, олівці, ножиці.

Хід вправи

- На першому аркуші паперу намалюйте частину або ті частини (або органи) вашого тіла, які відповідають за ваш ресурс, дають вам найбільшу життєву силу
 - На другому аркуші намалюйте частину або ті частини (або органи) вашого тіла, які забезпечують вашу внутрішню безпеку.
 - На третьому аркуші намалюйте частину або ті частини (або органи) вашого тіла, які відповідають за вашу співпрацю з навколишнім світом, забезпечуючи зовнішню безпеку
 - На четвертому аркуші намалюйте ту частину або ті частини (або органи) вашого тіла, які забезпечують вашу можливість чинити опір навколишньому світу.

- На п'ятому аркуші намалюйте ту частину або ті частини (або органи) вашого тіла, які відповідають за ваші за ваші взаємини із самим собою, вашу гармонію.

- На шостому аркуші намалюйте частину або ті частини (або органи) вашого тіла, які зайняті інтеграцією всіх описаних вище функцій та контролем за їх здійсненням.

- Переверніть ці аркуші, щоб вам не було їх видно. І тепер намалюйте ті частини тіла або органи, які, як вам здається, ви не намалювали, або ті частини, які вам чомусь важливо намалювати ще раз.

- Тепер беремо ножиці та вирізаємо все намальоване.

- Збираємо чоловічка.

Важливо намалювавши на одному аркуші прибирати його та малювати на другому.

Перше, на що ми звертаємо увагу, це те, щоб чоловічок був цілим.

Другий параметр – захищеність. У вашому чоловічку внутрішні частини тіла повинні бути всередині. Якщо, наприклад, намальоване серце виявляється більшим, ніж тулуб, де йому належить розміщуватися, то чоловічка вважати захищеним не можна. Або якщо є шлунок, але відсутня і тулуб, і окремо зображена шкіра в цій частині тіла - шлунок у повсякденному житті виявляється практично беззахисним перед будь-якими зовнішніми впливами.

Третій важливий нам параметр — пропорційність частин тіла чоловічка. Співвідносні розміри різних частин тіла мають бути близькими до реальних.

Четвертий критерій – кратність зображення. У чоловічка дві ноги, дві руки. Але 2 голови і 6 ніг заслуговують на увагу.

Значне і співвідношення кожного органу з виконуваною ним функцією. Наприклад, зрозуміло, що якщо функцію співпраці з навколишнім світом в одного чоловічка виконують руки, а в іншого — вуха, то це будуть два дуже різні способи співпраці.

Будь-яка частина тіла, що порушує принципи захищеності, реалістичності, кратності чи пропорційності, є серйозною зоною соматичного ризику.

Значення має і детальність промальовування окремих частин тіла. Як може ставитися до свого тіла людина, яка має малюнки частин власного тіла зроблені недбало?

Рефлексія: обговорення результатів малюнку, співвідношення їх з реальністю, відчуття, які виникали під час малювання та після.

Вправа на роботу з дитиною (20 хвилин)

Інструкція: якщо у вашої дитини є якийсь симптом, який довго не проходить (алергія, постійний нежить, аденоїди), ви можете зараз знайти у цій вправі ті відповіді, які можливо довго шукаєте.

Заплюште очі і уявіть перед собою вашу дитину. Вам потрібно відчутти ті відчуття, які виникають у вас, коли ви знаєте, що у вашої дитини є цей симптом. Відчуйте їх. Потім подивіться на ваше життя, коли у вашої дитини є цей симптом.

Хто поруч з вами? Які події відбуваються? Які дії ви робите або не робите, коли у вашої дитини є цей симптом? Що стає для вас найважливішим у цей період?

Тепер уявіть, що у вашої дитини забирають цей симптом. Що ви відчуваєте тепер? На що звертаєте увагу? Що змінюється у вашому житті? Хто з'являється або хто зникає? Що з'являється або що знакає?

Зверніть увагу на ваші почуття зараз.

Рефлексія: обговорення відповідей на питання, які жінки з'ясували під час вправи; обговорення відчуттів і почуттів, які з'явилися.

Вправа завершення «Очікування» (15 хвилин)

Мета: вияснити наскільки справдились очікування учасників заняття.

Повернімось до наших очікувань, якщо вони здійснились, то кожен з вас нехай підійде до нашого символічного малюнку та залишить стікер зі своїми враженнями.

Друге тренінгове заняття

Назва: «Обґрунтуй свій стан»

Мета: теоретично просвітницька; надати необхідний багаж знань, разом з тим, рефлексія для психологічно-фізичного стану.

Вправа вітальна. (15 хвилин)

Кожен має намалювати свій настрій. Потім на групу обґрунтувати та проаналізувати малюнок.

Перед тим, як ми розпочнемо теоретичну роботу, пропоную трохи розім'ятись

Розминка «Липучки». (10 хвилин)

Мета: це весела і динамічна рухавка, яка спрямована на підвищення згуртованості групи. Знімає міжособистісні бар'єри

Інструкція групі: зараз я дам вам знак і ви почнете вільно рухатись. Після фрази «Стоп, по двоє руками», вам потрібно зупинитись і об'єднатись з кимось руками.

У відкритому просторі учасники рухаються. За командою тренера, вони об'єднуються певним чином за завданням: спочатку по двоє, потім по троє і так далі.

Завдання ускладнюється. Об'єднуватись учасники можуть руками, ногами, головами, будь-якими частинами тіла. Тренер повинен слідкувати за тим, щоб розминка проходила енергійно і динамічно.

Теоретично-просвітницька частина корекційної програми.

(15 хвилин)

Інформація повторюється з першим розділом.

Рефлексія: аналіз теоретичного матеріалу.

Різні люди по-різному сприймають інформацію, це залежить від того, скептик перед нами чи оптиміст

Розминка «Скептики та оптимісти», (15 хвилин)

Мета: тренуватися сприймати інформацію з різних точок зору.

Інструкція: отже, встаньте у коло. Ведучий, це буду я, скажу твердження і обґрунтую його: «Йде дощ і це добре, тому що можна сидіти вдома», потім я передаю хід людині, що сидить праворуч від мене і вона повторює кінець мого твердження і спростовує його: «Можна сидіти вдома і це погано, тому що не можна піти у справах». Наступна людина повторює кінець твердження і спростовує його: «Не можна піти у справах і це добре, тому що можна відпочити» і так далі по колу.

Хід роботи

Тренер пропонує учасникам взяти участь у розминці «Скептики та оптимісти». Дає інструкцію і запитує, чи групі все зрозуміло. Тренер слідкує за швидкістю і за тим, щоб учасники використовували лише кінець фрази. Тренер бере участь у розминці разом з учасниками і завершує її.

Ця вправа показує нам, що людина здатна швидко знаходити в ситуаціях як позитивні сторони, так і навпаки. Ця здатність буде в нагоді, у різних життєвих ситуаціях, а також у разі зіткнення із запереченнями близьких людей, щодо цього.

Теоретично-просвітницька частина корекційної програми.

(15 хвилин)

Інформація повторюється з першим розділом.

Рефлексія: аналіз теоретичного матеріалу.

Розминка «Гра в асоціації», 10хв

Мета: ця вправа на взаємосприйняття, з'ясовує взаємні уявлення одне про одного. На згуртування, підтримку групової взаємодії.

Вплив цієї розминки на групову динаміку проявляється через укріплення довіри до групи та підвищення самооцінки людей, яких загадали.

Інструкція: «Зараз в когось з вас буде можливість потренувати свою спостережливість, а те, що чекає інших, поки залишиться в секреті. Хто хоче бути ведучим?». Після того, як ведучий знайдений, тренер просить його встати та відвернутись від групи або вийти з приміщення. Групі дається наступне завдання: «Загадайте якогось одного гравця. Однак, потрібно зробити це так, щоб ведучий не зрозумів, хто це (у випадку, якщо він поруч, використовуйте жести)».

Хід роботи:

Тренер пропонує ведучому відгадати, кого загадала група. Проте питання можна ставити лише особливі, порівнюючи загаданного учасника з різноманітними видами тварин, рослин, риб, птахів і так далі. При цьому, ведучий не може задати більше трьох питань. Питання можуть бути на різні асоціації і будуються таким чином: якщо квітка, то яка? Якщо птах, то який? На кожне питання всі учасники повинні сказати свій варіант.

Завершальна вправа «Послання самому собі» (10 хвилин)

Мета: вправа направлена на підтримку самого себе та одне одного

Інструкція групі: пропоную вам на завершення тренінгу вправу на ресурс. Кожен вигадує фразу - це повинно бути побажання, яке вам самим хотілося б більше всього почути. Після того, як хтось з вас придумав фразу, ви кажете її своєму сусіду.

Третє тренінгове заняття

Тренінг «Розвиток взаємовідносин в подружній парі»

Мета: розвиток та становлення взаємовідносин в психосоматогенних парах.

Завдання:

5. Ознайомлення з поняттям «гармонійні стосунки».
6. Підштовхнути до важливості роботи щодо розвитку взаємовідносин в подружній парі.
7. Розвиток вміння вибудовування гармонійних стосунків в парі.
8. Створення позитивного настрою в учасників.

Вправа-розминка «Друкарська машинка» (10 хвилин)

Учасникам загадується слово або фраза. Букви, що становлять текст, розподіляються між членами групи. Потім фраза повинна бути сказана якомога швидше, причому кожен називає свою букву, а в проміжках між словами всі плескають у долоні.

Вправа «Тарабарщина» (15 хвилин)

Мета: вчитися заходити вихід із конфліктної ситуації.

Інструкція: треба розділитися на пари (учасники вже поділені подружніми парами). Використовуючи «тарабарщину» (міміку і жести) потрібно розіграти ситуацію:

- А- чоловік, який хоче піти на футбол.
- Б- його дружина, яка хоче піти на балет.

Завдання – переконати партнера у поході в те місце, яке хочеться саме йому.

Обговорення: Чи зрозуміли Ви один одного? Що допомагало або заважало зрозуміти один одного?

Перед тим, як продовжити нашу роботу, пропоную трохи розім'ятись

Розминка. Вправа «Австралійський дощ»

Учасники стають у коло. Тренер каже: «Друзі, чи знаєте ви, що таке австралійський дощ? Якщо ми будемо уважними, то почуємо, який він. Я показуватиму рухи, а ви повторюватимете їх».

- В Австралії піднявся вітер (*терти долоні*).
- Починає накрапати дощ (*клацання пальцями*).
- Дощ посилюється (*почергове плескання по грудях*).
- Починається справжня злива (*плескання по ногах*).
- А ось гроза, справжня буря (*тупотіння ногами*).
- Але що це? Буря почала вщухати (*плескання по ногах*).
- Злива перетворюється на дощ (*плескання долонями по грудях*).
- Рідкі краплі падають на землю (*клацання пальцями*).
- Вщухає вітер (*терти долоні*).
- Сонце (*руки догори*).

Ми трохи розслабились.

Що саме робить сім'ю щасливою? Передусім, розуміння членами сім'ї того, як влаштована сім'я, які функції вона виконує, які вимоги висуває до людини як до сім'янина.

Вправа «Які ж функції виконує сім'я?» (10 хвилин)

Інструкція: Подумайте і запишіть на аркуші які функції, на вашу думку, виконує сім'я.

Після того як учасники висловили свої міркування, йде опрацювання матеріалу для поглиблення своїх знань

Гра «Сніжинка» (15 хвилин)

Мета вправи: зрозуміти, чому можливі різні погляди щодо певної проблеми та що кожен погляд не може бути єдино правильним.

Необхідні матеріали: паперові серветки.

Хід вправи

1. Роздати присутнім паперові серветки.
2. Гра.

Попередити, щоб кожна особа робила вправу самостійно, швидко виконуючи інструкції тренерки без перепитувань.

Далі групі пропонується:

- 1) Взяти паперову серветку, скласти її вдвоє і відірвати верхній правий ріжок.
 - 2) Знову скласти серветку вдвоє і відірвати верх правого ріжка.
 - 3) Знову скласти серветку вдвоє і відірвати верх правого ріжка.
 - 4) Востаннє скласти серветку вдвоє і відірвати верхній правий ріжок.
 - 5) Розгорнути свою серветку.
3. Обговорення

Запитання для обговорення:

- ✓ Чи можна сказати, що серветка у когось відірвана неправильно?

Чому?

- ✓ Чому серветки надірвані по-різному?
- ✓ Якщо хтось надірвав серветку не так, як Ви, чи означає це, що він є поганою людиною?

- ✓ Чи буває, що ми вважаємо людину гарною чи поганою залежно від того, чи робить вона щось так, як ми?

- ✓ Яким був би світ, якщо б ми всі бачили все однаково?

Так і в родині, - всі ми різні, але це не означає, що ми погані, або хороші. Головне – вміти слухати та діяти разом, і тоді будь-яке протиріччя – буде вирішене конструктивно.

Вправа «Коло» (15 хвилин)

Учасники утворюють коло, міцно тримаючись за руки. Завдання другій групі учасників – потрапити у коло.

Обговорення:

- *Чи складно було потрапити у коло?*
- *Які засоби ви використали?*
- *Що допомогло вам потрапити у коло?*

Висновок: Спілкування, вміння знайти правильний підхід у вирішенні проблеми – головне у сім'ї.

Завершальна вправа (10 хвилин)

Мета: виявити почуття та емоції після тренінгу.

Психолог запитує учасників, які група відчувала емоції та що кожен учасник відчуває зараз. Остання запитання про очікування групи.

Окрім трьох корекційних занять нами було розроблено 10 сімейних консультацій. Кожна консультація направлена на підтримку та стимуляцію учасників до змін.

Програма корекційних сімейних консультацій: перші дві консультації діагностичні на виявлення запиту; 3-я та 4-а консультації арт-терапевтичні, направлені на роботу з психосоматикою; 5-а та 6-а консультації: була проведена робота з метафоричними картками; з 7-ї по 10-у – консультації підтримуючі та закріплюючі.

Додаткова програма для дітей.

Заняття з інтерактивною пісочницею та арт-терапевтичних заняття для дітей, на яких дитина зможе проявити себе та показати власні думки та почуття.

Програма на роботу з дітьми, кожне заняття розраховано на 40 хвилин.

1. Малюнок «Я та моя родина»
2. Малюнок «Людина під дощем»
3. Робота з інтерактивною пісочницею
4. Малюнок «Солнце»
5. Повторний малюнок, для порівняння «Я та моя родина».

Програма інтерактивного заняття

Обладнання: інтерактивна пісочниця, миска з піском та водою, аркуші та олівці.

Основна частина

1 вправа 10 хв

Вітання.

За допомогою питань (як твій настрій?), виявити як відчуває себе дитина, які емоції переживає зараз та що хоче покращити саме сьогодні.

2 вправа 10 хвилин.

Робота з піском «Долоні, пальці й кулаки».

Мета: зниження нервового напруження. Розвиток тактильно-кінестетичної чутливості й дрібної моторики пальців рук.

Обладнання: інтерактивна пісочниця.

Психолог показує, а діти виконують вправу на рівній поверхні піску:

«долоні» – відбитки обох долонь на піску;

«пальці» – відбитки всіх пальців рук одночасно «долоня в куполі»;

«кулаки» – відбитки кулачків. *(Повторити вправу 6 разів.)*

Обговорення: Чим Вам сподобалася вправа? Що відчули Ваші пальчики, долоньки, кулачки? Який був у вас настрій? Чому?

3 Вправа 15 хв

Гра – вправа в піску «Сліди»

Мета: розвивати чутливість і дрібну моторику рук, психічні якості дитини позитивні емоції. Виховувати доброзичливість та добрі стосунки між родиною.

Обладнання: миска з піском та водою.

Психолог: Кожна тварина, людина чи птах залишає сліди, якщо йде гладенькою поверхнею вологого піску чи снігу. Сьогодні ми будемо залишати сліди від рук на поверхні вологого піску у Пісковій Країні Чудес.

Я розрівнюю поверхню піску й роблю її гладенькою. Я кладу свої руки на пісочок і притискаю їх. Мені дуже приємно відчувати прохолоду піску й кожну піщинку. Я знову розрівнюю поверхню пісочку. Мені подобається це робити. Я відчуваю, як пісочок слухається моїх рук і лягає рівненько. Давайте

залишимо відбитки наших долонь на піску. Зробіть так, як це роблю я. *(Діти і батьки притискають долоні до піску й залишають сліди. Потім розповідають про свої відчуття: пісок теплий, прохолодний, колючий, вологий, м'який, приємний).*

Психолог: Погляньте, які гарні відбитки долонь у кожного з вас. Ви задоволені? Що відчули? Розрівняйте поверхню піску, зробіть її гладенькою. Чи слухається пісочок ваших рук? Що відчуваєте, коли пісочок сиплеться між пальчиками ваших долонь? А зараз поверніть руки долоньками догори і зробіть ще один відбиток зовнішньою стороною рук так, як це роблю я. Затримайте руки на піску і прислухайтеся до своїх відчуттів. Яку різницю ви відчули?

Можливі відповіді дітей та дорослих:

- Пісочок став тепліший.
- Мені краще було притискати, коли долоньки були повернуті вниз.
- Так пісочок більш шорсткуватий, я відчуваю кожну піщинку.

Психолог: На якому пісочку відбитки краще видно: на сухому чи на вологому й чому? Вам подобається працювати всією родиною?

Заключна частина

3 вправа 10 хв.

Завершення.

Психолог запитує чи справдились очікування та чи є зміна настрою і емоцій на початку заняття та у кінці.

Після тренінгу психолог аналізує як взаємодіяли діти? Чи були суттєві зміни у поведінці порівнюючи початок заняття та кінець?

Отже, нами були розроблені 3 корекційні тренінгові заняття та 10 сімейних консультацій з психологом. Також ми додатково розробили програму для дітей, з інтерактивною пісочницею та арт-терапією, щоб охопити взаємодію всієї родини, разом з тим, знизити рівень напруги та тривоги.

Комплексна психокорекційна програма охоплює всі наявні підсистеми сімейної системи: індивідуальну, подружню та дитячо-батьківську.

3.2. Аналіз результатів апробації психокорекційної програми.

Після проведених корекційних занять та консультацій для психосоматичних сімей ми провели повне дослідження, задля вияву змін. Нами були отримані результати від 20 респондентів (10 сімейних пар, у яких є діти до 16 років і які мають в своєму анамнезі психосоматичні симптоми).

Згідно результатів методики «Опитувальник: Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (Опитувальник FACES-3 / Тест Д. Х. Олсона)

45% мають високий рівень згуртованості, 50% середній рівень згуртованості і 5% низький рівень згуртованості. 40% мають високий адаптивний рівень, 50% середній рівень адаптивності і 10% низький рівень адаптивності. Результати продемонстровано на рис 3.15.

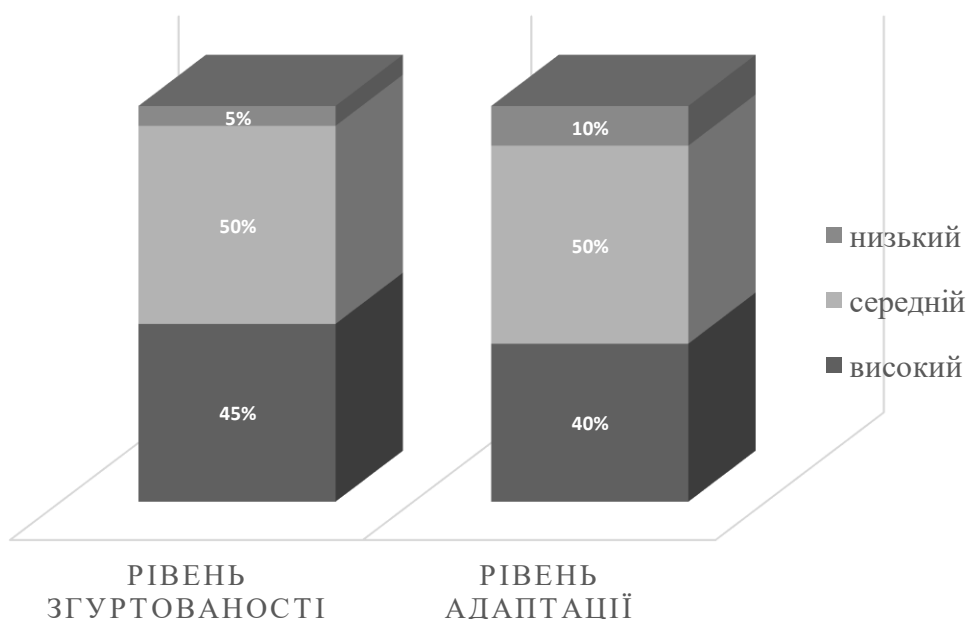


Рис. 3.15. Повторні результати за методикою «Шкала сімейної адаптації та згуртованості» (FACES-3)

Можна зробити висновок, що рівень згуртованості виріс на 28%, а рівень адаптації виріс на 18% це досить гарні показники, які ми отримали після проведення корекційної програми.

Наступні результати за опитувальником «Шкала сімейної адаптації та згуртованості»: 30% висока розбіжність; 20% середня розбіжність; 50% низька розбіжність. Результати представлено на рис. 3.16

Розбіжність між бажаним та існуючим

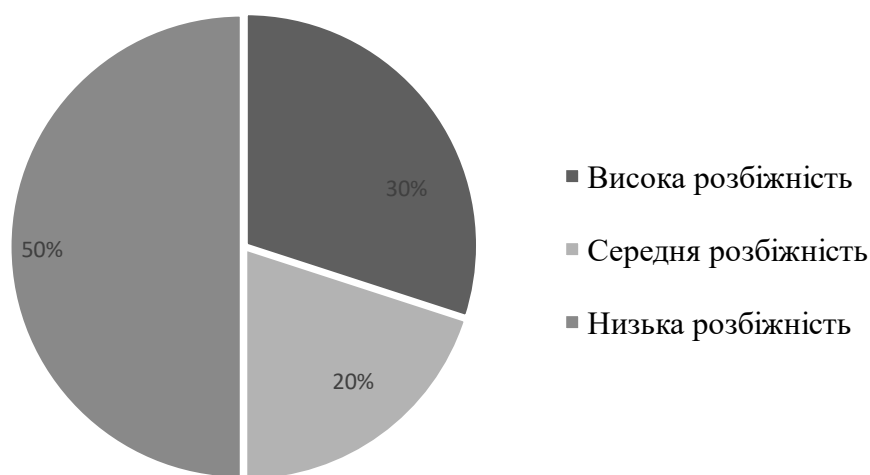


Рис. 3.16. Порівняльні результати розбіжностей за опитувальником «Шкала сімейної адаптації та згуртованості»

Отже, згідно порівняння результатів методики, ми виявили, що висока і середня розбіжність між бажаним та існуючим зменшилась на 22%. Це говорить про ефективність корекційної програми.

Наступні порівняльні результати надаємо згідно методики: аналіз сімейної тривоги (АСТ) (Е. Г. Ейдемільер, В. В. Юстицькіс).

15% мають високий рівень відчуття провини, 40% середній рівень провини і 45% низький рівень провини. Наочно результати зображено рис. 3.17.

ВІДЧУТТЯ ПРОВИНИ

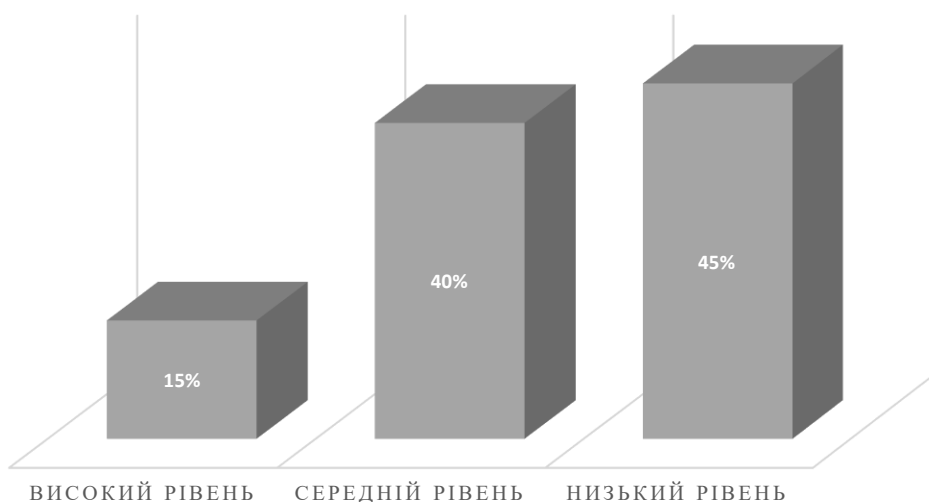


Рис. 3.17. Порівняльні результати методики: аналіз сімейної тривоги (АСТ) (Е. Г. Ейдемільер, В. В. Юстицькіс)

У 25% знижений рівень тривоги, у 30% середній рівень тривоги, у 45% високий рівень тривоги. Результати зображено на рис. 3.18

ВІДЧУТТЯ ТРИВОГИ

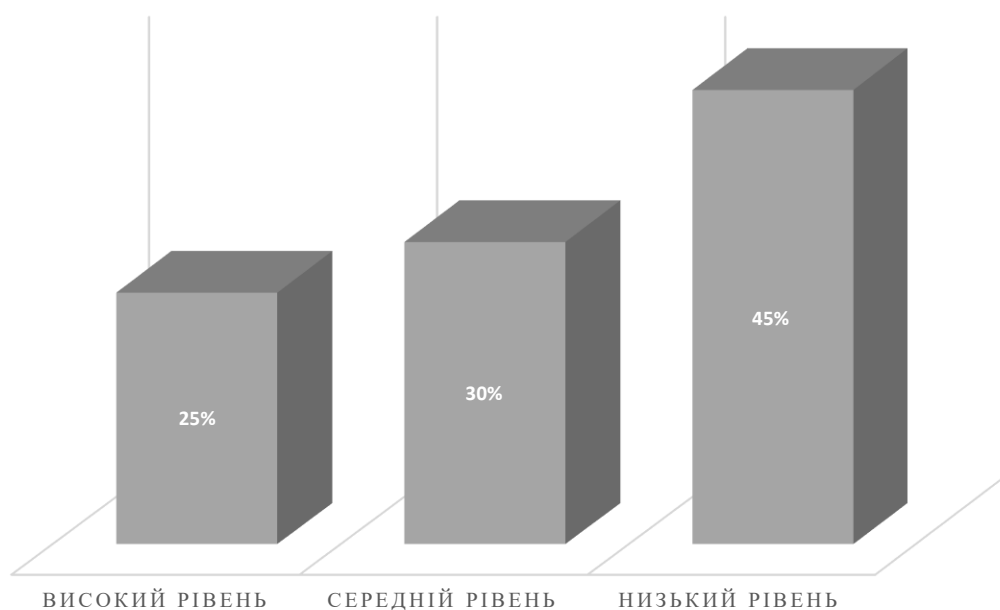


Рис. 3.18. Порівняльні результати методики: аналіз сімейної тривоги (АСТ) (Е. Г. Ейдемільер, В. В. Юстицькіс)

20% мають високий рівень напруги у родині, 20% середній рівень напруги і 60% мають низький рівень напруги. Графічно результати представлено на рис 3.19.

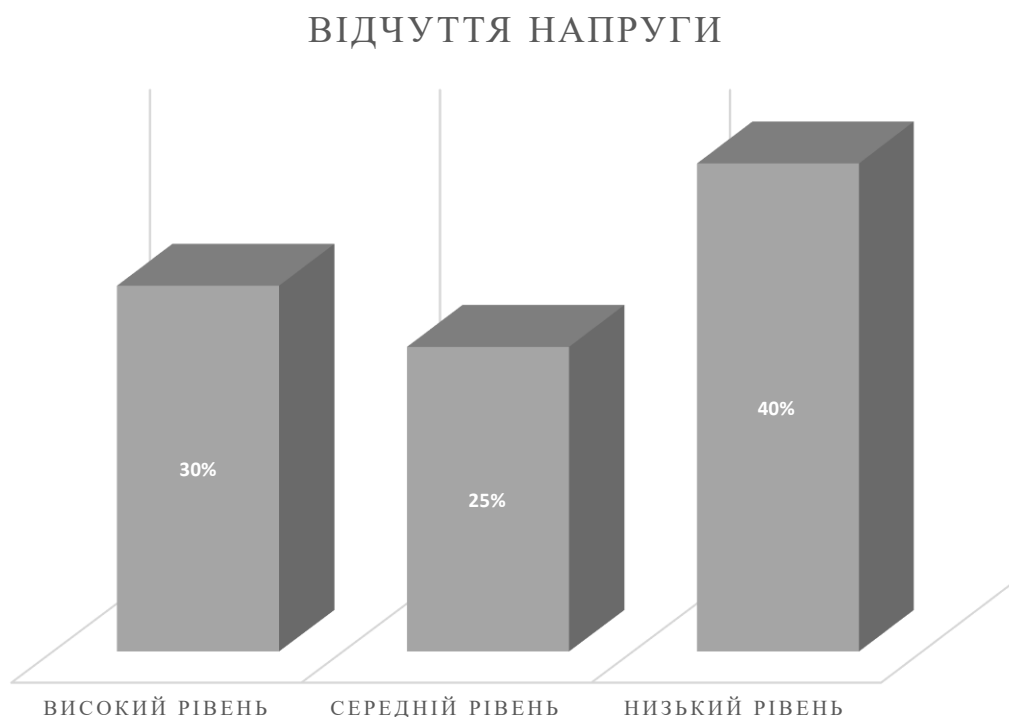


Рис. 3.19. Порівняльні результати методики: аналіз сімейної тривоги (АСТ) (Е. Г. Ейдемільер, В. В. Юстицькіс)

Отже, наводимо такі результати: середній та високий рівень провини зменшився на 15%; середній та високий рівень тривоги зменшився на 16%; середній та високий рівень напруги зменшився на 19%. Вже третя методика підтверджує ефективність корекційної програми.

Нами була обрана ще одна методика, а саме, опитувальник «Вимірювання установок в подружній парі» за Ю.Є. Альошиной.

Результати показали, що 65% мають позитивне ставлення до людей та світу загалом, 31% середнє ставлення і 0% негативне ставлення до людей. Результати зображено на рис 3.20.

Ставлення до точуючих

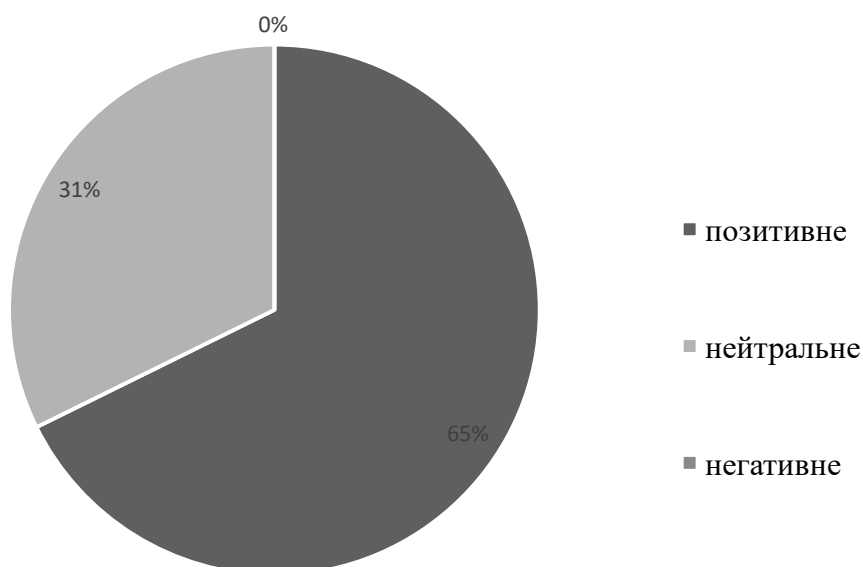


Рис. 3.20. Порівняльні результати опитувальника «Вимірювання установок в подружній парі» за Ю. Є. Альшиной.

Рівень ставлення до оточуючих був достатньо високий. Проте, збільшився ще на 8%, а негативне ставлення до світу з 5% зменшилось до 0%. Оточуючі це не тільки чужі люди, але і наша родина, і навіть те, як ми сприймаємо себе. Тому дуже важливо, що рівень позитиву до навколишнього світу був досить великий.

Наступні порівняльні результати за опитувальником «Рольові очікування і домагання у шлюбі» (РОП), Автором методики є А. Н. Волкова. Нами було отримано такі результати, а саме:

55% мають високі рольові очікування в батьківсько-виховній функції, інші 20% мають середні рольові очікування і 25% низьких очікувань у батьківсько-виховній функції. Наочно результати продемонстровано на рис. 3.21.

БАТЬКІВСЬКО-ВИХОВНА ФУНКЦІЯ

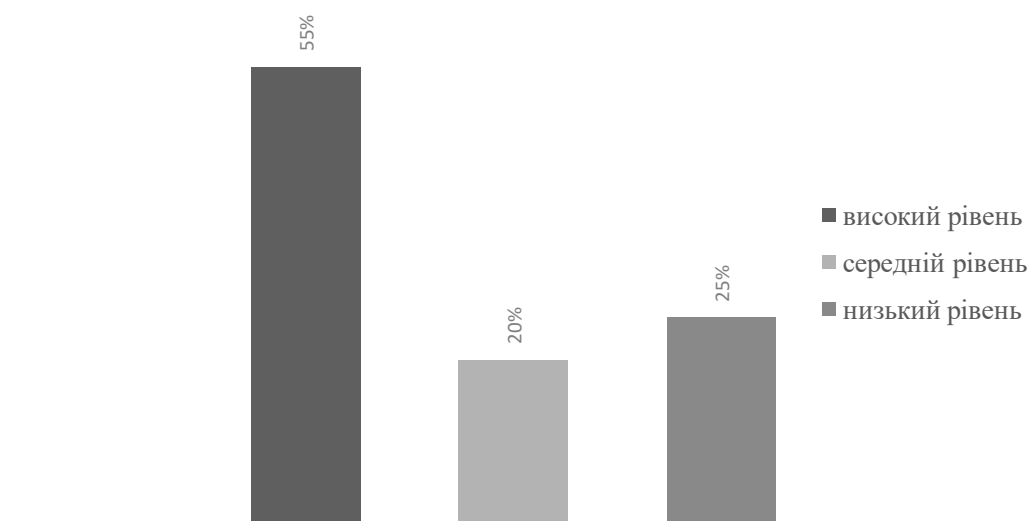


Рис. 3.21. Порівняльні результати опитувальника «Рольові очікування і домагання у шлюбі» (РОП) А. Н. Волкова

Натомість 45% мають високий рівень рольових домагань. Тобто респонденти готові брати відповідальність за себе та за своїх дітей. 30% високий рівень очікувань господарсько-побутової функції, 25% середній рівень і 45% низький рівень. Результати висвітлено на рис 3.22.

ГОСПОДАРСЬКО-ПОБУТОВА ФУНКЦІЯ

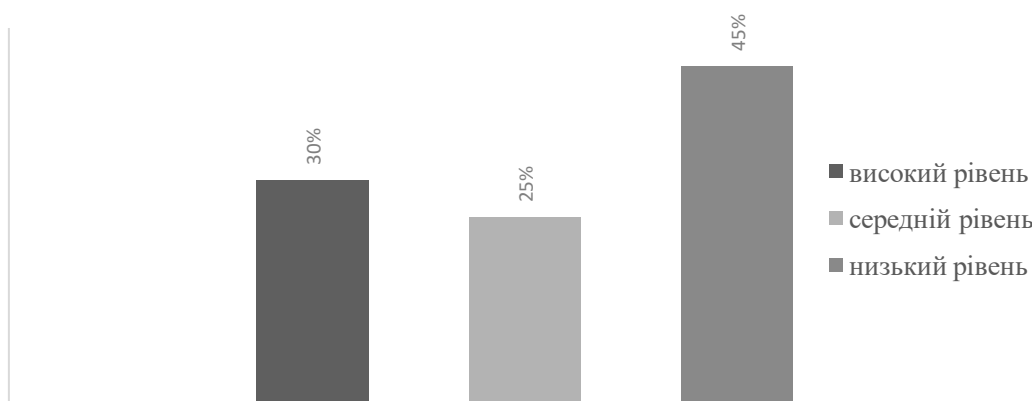


Рис. 3.22. Порівняльні результати опитувальника «Рольові очікування і домагання у шлюбі» (РОП) за А. Н. Волкова

Отже, рівень очікувань батьківсько-виховних функцій зменшився на 20%. Рівень рольових домагань збільшився на 10%. Рівень очікувань господарсько-побутової функції знизився на 10%.

Проективна методика «Малюнок сім'ї» показала такі результати: 25% дітей відчуває напругу у родині, 15% мають ригідні межі, 30% мають дифузні межі, 15% відчувають тривогу. В багатьох дітей відчуття напруги поєднується з відчуттями тривоги та порушеними кордонами (рис. 3.23).

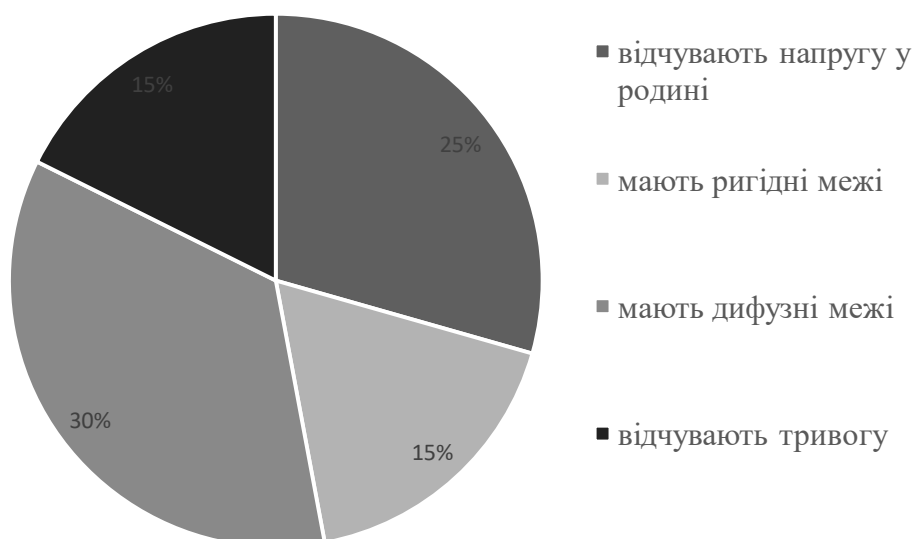


Рис. 3.23. Порівняльні результати методики «Малюнок сім'ї»

Рівень напруги, тривоги зменшився у дітей майже на 10%, також дітей з психосоматичними симптомами стало на 10% менше. Це дуже гарні результати корекційної програми.

Нами були наведені основні результати п'яти методик. Для візуальної зручності, наводимо порівняльну характеристику всіх чотирьох методик в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

**Порівняльні результати експериментального дослідження за
психодіагностичними методиками**

Методики:	Результати до корекційної програми	Результати після корекційної програми
Порівняльні результати розбіжностей за опитувальником «Шкала сімейної адаптації та згуртованості»	37% мають високий рівень згуртованості, 44% середній рівень згуртованості і 19% низький рівень згуртованості. 31% мають високий адаптивний рівень, 41% середній рівень адаптивності і 28% низький рівень адаптивності. Висока розбіжність між адаптивністю і згуртованістю у 28%, середня у 27%, і низька розбіжність адаптивності і згуртованості 45%.	45% мають високий рівень згуртованості, 50% середній рівень згуртованості і 5% низький рівень згуртованості. 40% мають високий адаптивний рівень, 50% середній рівень адаптивності і 10% низький рівень адаптивності. Наступні результати за опитувальником «Шкала сімейної адаптації та згуртованості»: 30% висока розбіжність; 20% середня розбіжність; 50% низька розбіжність
Методики: аналіз сімейної тривоги (АСТ) (Е. Г. Ейдеміллер, В.В. Юстицькіс)	25% мають високий рівень відчуття провини, 45% середній рівень провини і 30% низький рівень провини. У 33% знижений рівень тривоги, у 38% середній рівень тривоги, у 29% високий рівень тривоги	15% мають високий рівень відчуття провини, 40% середній рівень провини і 45% низький рівень провини. У 25% знижений рівень тривоги, у 30% середній рівень тривоги, у 45% високий рівень

Продовження Таблиці 3.1

	30% мають високий рівень напруженості у родині, 29% середній рівень напруги і 41% мають низький рівень напруги.	тривоги. 20% мають високий рівень напруженості у родині, 20% середній рівень напруги і 60% мають низький рівень напруги
Опитувальник «Вимірювання установок в подружній парі» за Ю. Є. Альшиной.	60% мають позитивне ставлення до людей та світу загалом, 35% середнє ставлення і на жаль 5% негативне ставлення до людей.	65% мають позитивне ставлення до людей та світу загалом, 25% середнє ставлення і на жаль 10% негативне ставлення до людей
Опитувальник «Рольові очікування і домагання у шлюбі» (РОП), Автором методики є А. Н. Волкова	65% мають високі рольові очікування в батьківсько-виховній функції, інші 31% мають середні рольові очікування і 4% низьких очікувань у батьківсько-виховній функції. Натомість 35% мають високий рівень рольових домагань. 35% високі очікування господарсько-побутової функції, 30% середні очікування та 35% низькі очікування.	55% мають високі рольові очікування в батьківсько-виховній функції, інші 20% мають середні рольові очікування і 25% низьких очікувань у батьківсько-виховній функції. Натомість 45% мають високий рівень рольових домагань. 30% високий рівень очікувань господарсько-побутової функції, 25% середній рівень і 45% низький рівень.

Продовження Таблиці 3.1

Проективна методика «Малюнок сім'ї» (з дітьми)	35% дітей відчуває напругу у родині, 20% мають ригідні межі, 35% маж дифузні межі, 20% відчувають тривогу. В багатьох дітей відчуття напруги поєднується з відчуттями тривоги та порушеними кордонами.	25% дітей відчуває напругу у родині, 15% мають ригідні межі, 30% маж дифузні межі, 15% відчувають тривогу. В багатьох дітей відчуття напруги поєднується з відчуттями тривоги та порушеними кордонами.
--	--	--

Отже, після проведених повторних результатів, нами було виявлено, що рівень згуртованості виріс на 28%, а рівень адаптації виріс на 18% це досить гарні показники, які ми отримали після проведення корекційної програми. Згідно порівняння результатів методики, ми виявили, що висока і середня розбіжність між бажаним та існуючим зменшилась на 22%. Це говорить про ефективність корекційної програми. Середній та високий рівень провини зменшився на 15%; середній та високий рівень тривоги зменшився на 16%; середній та високий рівень напруги зменшився на 19%. Рівень ставлення до оточуючих був достатньо високий. Проте, збільшився ще на 8%, а негативне ставлення до світу з 5% зменшилось до 0%. Данні результати дають впевненість стверджувати, що ефективність корекційної програми на основні трьох тренінгових занять та десяти сімейних консультацій були ефективні та позитивно вплинули на взаємостосунки у психосоматогенних сім'ях. Рівень напруги, тривоги зменшився у дітей майже на 10%. Це дуже гарні результати програми.

Висновки до третього розділу

Формувальний експеримент, спрямований на гармонізацію внутрішньосімейних взаємин, включав програму психологічної допомоги різним підсистемам психосоматогенних сімей. Зокрема, робота проводилася окремо з подружньою та батьківською підсистемами. У роботі з подружньою підсистемою застосовувався цикл тренінгових занять та низка індивідуальних консультацій. Запропоновані види психологічної допомоги сприяли усвідомленню партнерами власної відповідальності за дисгармонію у сімейній взаємодії, налагодженню комунікації, вибудовуванню сімейних меж, вербалізації актуальних психоемоційних станів, ефективному рольовому розподілу тощо.

Робота з батьківською підсистемою включала роботу з емоційними станами дітей, які є носіями психосоматичного симптому, шляхом застосування арт-терапевтичних методів та технік.

Зафіксовано в результаті повторної психодіагностики наступні зрушення: значно знизився рівень сімейної тривоги, що призвело до більш емоційної комунікації між членами родини та значно покращило психоемоційний стан усіх учасників сімейної системи. Відбулися значні зсуви у контексті сімейної згуртованості. Так, у більшості сімей зафіксовано зміни у побудові сімейних меж (перехід від ригідних та дифузних до оптимальних); рольової взаємодії (зсув від хаотичного рольового розподілу до структури); вибудовуванні комунікації (значно зріс відсоток сімей із прямою комунікацією). Відбулися зміни у показниках «сімейної адаптації»: значно зменшився рівень контролю у батьків, зафіксовано зміни у процесі побудови сімейних правил (зсув у бік вербалізації та заміни ригідних правил). Загалом збільшилась задоволеність сімейними взаєминами, підвищився оптимальний рівень сімейної згуртованості у родині та налагодилася комунікація у батьківській підсистемі: діти почали відчувати більше конструктивної уваги

та турботи, з'явилося почуття їх особистої цінності та важливості в сім'ї, збільшився рівень довіри до батьків.

ВИСНОВКИ

У дослідженні здійснено теоретичний аналіз феномена психосоматичних захворювань, висвітлено основні чинники їх виникнення та схарактеризовано психосоматогенні сім'ї; емпірично вивчено специфіку впливу різних параметрів функціонування сімейної системи на виникнення психосоматичних захворювань у дітей; розроблено та апробовано програму корекції негармонійних взаємостосунків між різними підсистемами психосоматогенних сімей.

Отже, отримані результати дозволяють зробити наступні висновки:

1. З'ясовано, що в основі психосоматичного порушення лежить реакція на емоційне переживання, що і може провокувати функціональні зміни і, як наслідок, патологічні порушення в органах. Психосоматичні розлади – це порушення функцій систем і внутрішніх органів, що виникають при умові взаємодії психологічних, фізіологічних і соціальних факторів, які проявляються у вигляді соматизації та соматичних відхилень. Психосоматичні порушення виникають на тлі внутрішніх конфліктів, невротичних станів, порушень адаптативної функції організму, а також при перебуванні людини в стані постійного стресу.

2. Визначено, що серед низки чинників домінуюча роль у розвитку психосоматичного захворювання належить порушенню взаємодії з найближчим оточенням. Сім'я та внутрішньосімейні взаємини мають безпосередній вплив на стан та особистісний розвиток кожного члена родини. Дестабілізація внутрішньосімейного клімату і, як наслідок, сімейних взаємин може призвести до соматизації одного із членів родини. Найчастіше носієм психосоматичного симптому стають діти, як більш уразлива частина сімейної системи. Визначено, що сім'ї з порушенням сімейної взаємодії та членом сім'ї, який має хвороби такого типу, мають назву психосоматогенні сім'ї. Психосоматогенні сім'ї – одна із категорій дисгармонійних сімей, які

характеризуються порушеннями взаємостосунків між різними підсистемами сімейної системи, а саме: надмірною опікою батьків над дитиною, або навпаки «холодними» відносинами, підвищеним відчуттям контролю один до одного членів родини, достатньо ригідними зовнішніми межами та дифузними внутрішніми межами, надчутливістю кожного члена сім'ї до дистресу іншого, затяжним психо-емоційним напруженням всередині родини, підвищеним почуттям тривоги, тенденцією до уникання вираження емоцій, заборонаю на зміну внутрішньосімейних правил.

3. Емпірично доведено, що спостерігаються порушення взаємодії між підсистемами у сім'ях, де носієм психосоматичного симптому є діти. Так, третина сімей продемонструвала низький рівень за шкалою «адаптації», що свідчить про порушення параметрів ієрархії, контролю, комунікації та вибудовування сімейних правил. У такої ж кількості ж сімей спостерігаються незбалансованість за параметром «сімейна згуртованість» (дифузні внутрішні сімейні межі, ригідні зовнішні сімейні межі, надмірна емоційна близькість або віддаленість). Майже у половини сімей зафіксовано високий рівень сімейної тривоги та відчуття провини, що характеризує внутрішньосімейну атмосферу як напружену та складну. Значна кількість респондентів вказала на порушення рольової взаємодії (хаотичний розподіл, рольова асиметрія та невизначеність сімейних ролей) та неспівпадіння між рольовими очікуваннями та домаганнями. У дітей, які є носіями психосоматичного симптому, було зафіксовано психоемоційне напруження, переживання самотності, емоційну невиразність тощо.

4. Розроблено і проведено комплексну програму психологічної корекції деструктивних взаємин між членами сімей, які належать до категорії психосоматогенних. Програма включала низку тренінгових занять із дорослими членами сімейної системи та індивідуальні консультації. Також здійснювалася робота окремо з дітьми. Мета психокорекційної програми: набуття учасниками нового досвіду побудови взаємостосунків через

усвідомлення існуючих неконструктивних патернів взаємодії та формування навичок ефективної взаємодії у різних підсистемах.

Після проведеного повторного дослідження було зафіксовано значущі зрушення за різними параметрами сімейної системи. Так, результати повторного зрізу засвідчили, що: помітно знизився рівень сімейної тривоги; у значній кількості сімей відбулося збалансування параметру «сімейна згуртованість» (зменшилася кількість симбіотичних та роз'єднаних типів стосунків); у третини оптимізувалася внутрішні та зовнішні сімейні межі; змінилася рольова взаємодія (зрушення від хаотичного рольового розподілу до структури, виявлення патологічних ролей та їх трансформація); налагодилася комунікація. Покращилися показники «сімейної адаптації» у більшості учасників: зменшився ступінь контролю у батьків, змінилися сімейні правила. Загалом збільшилась задоволеність сімейними взаєминами, підвищився оптимальний рівень сімейної згуртованості у родині та налагодилася комунікація у батьківській підсистемі. Отримані дані засвідчили виразний психокорекційний ефект комплексної програми психологічної корекції.

5. Перспектива подальших наукових розвідок бачиться у наступних напрямках: 1) вивчення взаємозв'язку виникнення психосоматичних захворювань окремої нозології зі структурними параметрами сімейної системи; 2) дослідження виникнення психосоматичних захворювань в історичній перспективі із застосуванням методу сімейної геносоціограми; 3) вдосконалення існуючих та розробка новітніх методів психологічної діагностики внутрішньосімейних взаємин психосоматогенних сімей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Афузова Г. В., Гомес А. Д. Психологічні особливості матерів дітей з психосоматичними розладами. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2013. Вип. 24. С. 278-282.
2. Бамбурак Н. Психологічний аналіз проблеми систематики соматичних розладів. *Збірник наукових праць Національної академії і державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки*. 2019. №3(14). С. 18-31.
3. Барвінський А. А., Есназарова А. К. Психосоматичні розлади та їх причини. *Соціально-гуманітарні аспекти розвитку сучасного суспільства: матеріали Всеукраїнської наукової конференції викладачів, аспірантів, співробітників та студентів, м. Суми, 21-22 квітня 2014 р.* відп. за вип. О. М. Сушкова. Суми: Сумський державний університет, 2014. С. 300-301.
4. Берн Е. Ігри, у які грають люди; пер. з англ. К. Меньшикової. Харків: Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2016. 256 с.
5. Бондарчук О. І. Психологія сім'ї: курс лекцій. Київ: МАУП, 2001. 96 с.
6. Браун Дж., Крістенсен Д. Теорія та практика сімейної психотерапії. Київ: Стилос, 2001. 352 с.
7. Бугайова Н. М. Психосоматичні і соматопсихічні взаємовпливи в генезі захворювань та їх роль у розвитку суїцидальної поведінки. *Психологічна теорія і технологія навчання. Актуальні проблеми психології*. Том 8. Вип. 2. 2006. С. 62-73.
8. Букатару Ю., Рева М., Березяк К. Формування та класифікація психосоматичних розладів. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2020. Вип. 1 (11). С. 22-26.

9. Бучок Ю. С. Віддалені прояви посттравматичного стресового розладу: особливості клініки, формування та комплексного лікування. *Український вісник психоневрології*. Т. 22, вип. 3 (80), 2014. С. 42–47.
10. Видолоб Н. О. До питання норми у психосоматиці. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2017. Вип. 6(1). С. 9-13.
11. Візнюк І. М. Психологічні детермінанти розвитку іпохондричних розладів у людини за психодіагностичними параметрами. *Проблеми сучасної психології*. 2017. Випуск 35. С.55-66.
12. Вірна Ж. П. Адаптаційний профіль задоволеності життям особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2013. № 2. С. 20-25.
13. Волошко Н. І. Психологічні особливості внутрішньо особистісних конфліктів у хворих на артеріальну гіпертензію: монографія. Київ: Наук. світ, 2009. 198 с.
14. Волошко Н. І. Психосоматичні хвороби як результат впливу негативних психологічних факторів. *Збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Проблеми сучасної психології*. 2015. № 30. С. 126-135.
15. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
16. Галян І. М. Психодіагностика : навч. посіб. 2-ге вид., стереотип. Київ: Академвидав, 2011. 464 с.
17. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видуження: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництво Старого Лева, 2019. 424 с.
18. Головаха Е. І. Психологія людського взаєморозуміння Київ : Політвидав України, 2009. 189 с.
19. Горецька О. В. Психологічні особливості ставлення батьків до дітей з особливими потребами. *Освіта регіону. Політологія. Психологія. Комунікації*. Київ, Університет «Україна». № 2 (32), 2013. С. 289–295.

20. Грицюк І. М. Психосоматичні прояви психологічних порушень у дітей, що пережили психотравмуючу ситуацію. *Наука і освіта*. №2-3, 2016. С.121- 124.
21. Грицюк І. М., Хлівна О. М. Психологічні особливості впливу стресу на виникнення психосоматичних розладів у дітей старшого шкільного віку. *Психологічні перспективи*. 2021. Вип. 37. С. 55-67.
22. Дворецька Г. В. Соціологія: Навч. посібник. Вид. 2-ге, перероб. і доп. Київ: КНЕУ, 2002. 472 с.
23. Дідковська Л. І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії : навч. посіб. Львів : Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2010. 264 с.
24. Єременко Т. Б. Психосоматичні прояви агресії в юнацькому віці: автореф. дисертації на здобуття наук. ступ. канд. психол. наук: 19.00.04. Київ, 2017. 24 с.
25. Кісарчук З. Г., Єрмусевич О. І. Психологічна допомога сім'ї: навч. посіб: у 3 кн. Київ: Главник, 2006. Кн. 1. 128 с.
26. Клінічна психодіагностика: практикум / Редактор-упорядник проф. М. В. Миколайський. Івано-Франківськ: Місто НВ, 2006. 228 с.
27. Клінічна психологія: словник-довідник / Авт.уклад. С. В. Діденко. Київ: Академвидав, 2012. 320 с.
28. Кляпець О. Феномен емоційного вигорання в сім'ї. *Соціальна психологія*. 2006. № 4. С. 168–176.
29. Кляпець О. Шлюбно-сімейні настановлення молоді як чинник вибору здорового способу життя. *Соціальна психологія*. 2005. № 6 (14). С.151.
30. Компанович М. С. Ретроспективний аналіз досліджень емоційних переживань як складової психосоматичних захворювань. *Медична психологія: теоретичні та прикладні питання*. Т. 1. Вип. 8. 2017. с.51-59.
31. Компанович М. С. Стигматизованість сімейного середовища підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями. *Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія*. 2016. Т. 21, Вип. 4. С. 93-102.

32. Корольчук М. С. Психологія сімейних взаємин. Київ: Ніка–центр, 2011. 296 с.
33. Котлова Л. О., Саух І. Д. Психологічні чинники задоволення шлюбом на різних етапах подружнього життя. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія "Психологічні науки"*. 2019. Випуск 1. С. 223-228.
34. Кравець В. П. Психологія сімейного життя: Навч. пос. Част. І. Тернопіль, 2015. 696 с.
35. Кучманич І. М. Психологія сім'ї: навчально-методичний посібник. Миколаїв: Іліон, 2018. 208 с.
36. Кучманич І., Демирполат Г., Кромаленко О. Семантика почуттів: заздрість, ревності та любов: методичні рекомендації / під ред. І. Кучманич, Миколаїв: СПД Рум'янцева. 2021. 66 с.
37. Кучманич І., Демирполат Г., Кромаленко О. Семантика почуттів: образи, вина та сором: методичні рекомендації / під ред. І. Кучманич, Миколаїв: СПД Рум'янцева. 2021. 70 с.
38. Максименко С. Д., Шевченко Н. Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим: Навчальний посібник. Київ : Міланік, 2007. 115 с.
39. Максимова Н. Ю. Основи дитячої патопсихології: навч. посіб. Київ: Главник, 2008. 158 с.
40. Максимова Н. Ю. Сімейне консультування : навч. посіб. Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2015. 304 с.
41. Мартинюк А. І. Патопсихологія. Навч. посіб. Київ: Центр навчальної літератури, 2019. 208 с.
42. Маруненко І. М., Неведомська Є. О. Біологія людини з основами генетики: Посібник для лабор. і сам ост. робіт для студ. небіол. спец. вищ. пед. навч. закл. Київ: КМПУ, 2008. 98 с.
43. Маценко Л. М. Педагогіка сімейного виховання: підручник. Київ: ЦП «Компринт», 2015. 376 с.

44. Медіна Т. Батьківська сім'я як осередок підготовки до подружнього життя. *Релігія та соціум*. 2011, №2. С. 129–134.
45. Мельничук Т. І. Батьківська модель сім'ї як один із чинників економічної соціалізації молодого подружжя: аналіз проблеми. *Актуальні проблеми психології*, № 1, Т.46, 2017. – С. 51-56.
46. Мозгова Г. П. Позитивний психологічний клімат – передумова психосоматичного здоров'я та поведінки дитини. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2011. Вип. 18. С. 172-176.
47. Мозгова Г. П. Негативний психологічний клімат оточення – основа виникнення психосоматичних захворювань у дітей. *Логопедія*. 2011. № 1. С. 51-54.
48. Молода сім'я: проблем та умови її становлення / За ред. проф. А. Й. Капської. Київ: ДЦССМ, 2013. 184 с.
49. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій та надання психологічної допомоги: методичні рекомендації. Миколаїв: Іліон, 2016. 224с.
50. Мугаль С. О. Чинники, що впливають на розвиток психосоматичних розладів у дітей із затримкою психомовленнєвого розвитку. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2014. Вип. 27. С. 140-144.
51. Мушкевич М. І. Клінічна психодіагностика: методичні рекомендації для студентів ф-ту психол. Луцьк, 2006. 170 с.
52. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / пер. з англ.. Д. Бусько, наук. ред.. К. Явна. *Серія «Сам собі психотерапевт»*. Львів: Вид-во УКУ : Свічадо, 2014. 120 с.
53. Ніконенко Ю. П. Клінічна психологія. Навч. посіб. Київ: КНТ, 2016. 369 с.
54. Онуфрієнко Л. О. Психологічний комфорт у сім'ї – запорука успішного розвитку особистості дитини. *Обдарована дитина*. 2011. № 10. С. 59–62.

55. Павлик Н. Гармонізація психосоматичного компоненту характеру особистості в юнацькому віці. *Вісник Інституту розвитку дитини. Серія: Філософія, педагогіка, психологія*. 2013. Вип. 29. С. 150-156.
56. Перетятко Л. Г., Тесленко М.М. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. *Психологія і особистість*. 2017. №2(12). С. 137–147.
57. Потапчук Є., Карпова Д. Психологічна діагностика сімейних ролей як моделей поведінки подружжя. Хмельницький: «Polylux design & print», 2021. 52 с.
58. Проноза К. В. Особливості психокорекції психосоматичних хворих середнього віку.
59. Психіатрія і наркологія: підручник / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А. Абрамовтаін.; заред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. 2-ге вид., переробл. і допов. Київ: ВСВ "Медицина". 2015. 512 с.
60. Психогенетика : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : ун-т ім. Б. Грінченка, 2015. 294с.
61. Римша С. В., Теклюк С. В., Лук'янович І. Л. Психовегетативні складові тривожності у дітей із психосоматичними розладами та сімейною депривацією. *Український вісник психоневрології*. 2012. Т. 20, Вип. 4. С. 24-28.
62. Савенкова І.І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних хворих. Київ: Київ. ун-т ім. Б.Грінченка, 2014. 320 с.
63. Сегеда О. О. Психосоматичні захворювання як предмет психологічної експертизи. *Питання психології*. 2012. Вип. 43 (1). С.23-31.
64. Седих К. В. Психологія сім'ї: навч. посіб. Київ: Академвидав, 2015. 192 с.
65. Седих К. В. Формування психосоматичної компетентності в психологічному консультуванні подружніх пар. *Психологія і особистість*. 2017. № 2 (12). С. 158-167.
66. Стельмахович М. Г. Теорія і практика українського національного виховання. Івано-Франківськ, 1996. 179 с.

67. Столярчук О. А. Психологія сучасної сім'ї: навч. посіб. Кременчук: ПП Щербатих О. В., 2015. 136 с.

68. Татьянчиков А. О. Основи психосоматики та психогенетики: навчально-методичні рекомендації (в допомогу до самостійної роботи для здобувачів вищої освіти ступеня магістра факультету психології, політології та соціології); кафедра психології НУ «Одеська юридична академія. Одеса : Фенікс, 2020. 38 с.

69. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін. ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.

70. Ткаченко В. Є. Зміст і узгодженість цінностей подружжя як чинник благополуччя шлюбу. *Вісник Одеського національного університету* : зб. наук. праць. 2009. Т. 14. Вип. 6. С. 104–108.

71. Ткаченко В. Є. Соціально-психологічні умови благополуччя подружніх відносин. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2011. Вип. 27. С. 111-120.

72. Ткачук Т. О. Функціональні психосоматичні розлади у дітей дошкільного віку. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. Випуск 4(49). 2016. С. 228-234.

73. Уорден М. Основи сімейної психотерапії. Київ: Вища школа, 2005. 256 с.

74. Федоренко Р. П. Психологія молодшої сім'ї і сімейна криза: Моногр. Луцьк: РВВ "Вежа" Волин. держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 2007. 168 с.

75. Федоренко Р. П. Психологія сім'ї: навч. посіб. Вид. 2-ге, змін. та доповн. Луцьк : Вежа-Друк, 2021. 480 с.

76. Федоренко Р. П., Мушкевич М. І. Психологія молодшої сім'ї: монографія. Вид. 2-ге, доповн. та змін. Луцьк : Вежа-Друк, 2020. 392 с.

77. Хавула Р. М. Психологічні особливості подружньої сумісності. *Актуальні питання гуманітарних наук: міжвузівський збірник наукових праць*

молодих учених Дрогобицького державного педуніверситету імені Івана Франка. Дрогобич: Посвіт, 2012. Вип. 3. С. 258–267.

78. Харченко Д. М. Психологічні та психофізіологічні особливості осіб із психосоматичними розладами: автореф. Дис. канд. наукового ступеня доктора психологічних наук: 19.00.04 К., 2011. 41 с.

79. Харченко Д. М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень : навчальний посібник. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2015. 280 с.

80. Харченко Д. М. Чинники впливу на психосоматичні розлади. *Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія: Психологічні науки*. 2013. Т. 2, Вип. 11.

81. Хомуленко Т.Б. Основи психосоматики : навч.-метод. Посібник. Харків: Нова Книга, 2009. 120 с.

82. Шевчук А.М. Психосоматичні порушення у постраждалого населення в наслідок надзвичайної ситуації. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2011. №10. С. 302–313.

83. Шелег Л. С. Класифікація концепцій та основні ознаки психосоматичних розладів. *Актуальні проблеми психології*. Т. 12. Вип 21. 2015. с. 313-321.

84. Шестопалова Л. Ф. Психологія соматично хворих : навчально-методичний комплекс для студентів зі спеціальності «Психологія». Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2012. 32 с.

85. Шліппе фон А., Швайцер Й. Системна психотерапія та консультування. Львів, 2004. 320 с.

86. Шмаргун В. М. Проблема психосоматичного в сучасній психології. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2016. № 1 (52). С. 35-41.

87. Шмаргун В. М., Шмаргун Т. М. Психосоматична проблема в психології. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. Серія: Педагогіка, психологія, філософія*. 2015. Вип. 230. С. 303-313.

88. Ackerman N. *Strength of Family Therapy : Selected Papers of Nathan W. Ackerman* Hardcover. New York: Brunner/Mazel. 1982. 460 c.
89. Adler N., Matthews K. Health Psychology: why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*. 1994. V.45. P. 229-259.
90. Appley M. H. *Dynamics of Stress: Physiological, Psychological and Social Perspectives*. N.Y. Plenum, 1986. 231p.
91. Carmody T. P. Health-related behaviours: common factors: *Cambridge Handbook of Psychology. Health and Medicine*. Cambridge, 1997. P. 117–120.
92. Carver C., Harris S. How important is the perception of personal control *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2000. Vol. 26. No 2. P. 139 –150.
93. Cozzi G., Barbi E. Facing somatic symptom disorder in the emergency department. *The Journal of Paediatrics and Child Health*. Volume55, Issue 1 January 2019. P. 7-9.
94. Greene B. L., Broadhurst B. P. Treatment of marital disгарmony: the use individual, concurrent and Conjoint, and Conjoint sessions as a “Combined Approach”. *The psychotherapies of marital disгарmony*. New York: The free press, 1965. P. 135–151.
95. Haggerty J. J. The psychosomatic family: An overview. *Psychosomatics*. 1983. Vol. 24. Issue 7. P. 615-618.
96. Jackson K. M., Aiken L. S. A Psychosocial model of sun protection and sunbathing in young women: the impact of health beliefs, attitudes, norms, and selfefficacy for sun protection. *Health Psychology*. 2000. Vol. 19. No 5. P. 458–468.
97. Kog E., Vandereycken W., Vertommen H. The psychosomatic family model. A critical analysis of family interaction concepts. *Journal of Family Therapy*. 1985. Vol. 7, Issue 1. P. 31–44.
98. Meissner W.W. Psychoanalysis and the mindbody relation. *Psychosomatic perspectives*. 2006. V. 70 (4). P. 295-315.
99. Persaud R. Patients do not demand and doctors do not misunderstand – how medically unexplained symptoms become medicalized. *Psychosom. Med*. 2006. V. 68 (6). P. 993-997.

100. Walker A. M.D., Pao M., M.D., Nguyen N., M.D. Psychosomatics. Author manuscript; available in PMC 2013 May 1. /Published in final edited form as: Psychosomatics. 2012 Nov; 53(6): 532-540.

101. Walsh F. A family resilience framework: innovative practice applications. Vol. 51, No. 2. 2002. P. 130-137.

102. Walsh F. The timing of symptoms and critical events in the family life cycle. *Clinical implication of family life cycle*. Rockville, Maryland: Aspen Publications, 1983. P.120-133.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник Шкала сімейної адаптації та згуртованості (Опитувальник FACES-3 / Тест Д. Х. Олсона)

Шкала сімейної адаптації та згуртованості (FACES-3) є одним з найбільш відомих стандартизованих опитувальників, призначених для оцінки сімейної структури. Авторами даного опитувальника є Д. Х. Олсон, Дж.Портнер та І. Лаві.

Метод був адаптований в 1986 М. Перре (Ейдеміллер Е. Г., Добряков В. В., Микільська І. М., 2003). С. Б. Ваїсова 90 сімей підлітків з героїновою наркоманією (Системна сімейна психотерапія, 2002).

У основі створення методики лежить “циркулярна модель” (“кругова модель”) Д. Х. Олсон. Ця модель включає три найважливіші параметри сімейної поведінки: згуртованість, адаптація та комунікація. FACES-3 є третім варіантом серій шкал FACES, розробленим для оцінки двох основних параметрів структури сім’ї, представлених графічно в “циркулярній моделі”, - сімейної згуртованості та сімейної адаптації.

Сімейна згуртованість - це ступінь емоційного зв’язку між членами сім’ї: при максимальній виразності цього зв’язку вони емоційно взаємозалежні, при мінімальній - автономні та дистанційовані один від одного. Для діагностики сімейної згуртованості використовуються такі показники: “емоційний зв’язок”, “сімейні межі”, “ухвалення рішень”, “час”, “друзі”, “інтереси та відпочинок”.

Сімейна адаптація - характеристика того, наскільки гнучко чи, навпаки, ригідно здатна сімейна система пристосовуватися, змінюватись при впливі на неї стресорів. Для діагностики адаптації використовуються такі параметри: "лідерство", "контроль", "дисципліна", "правила та ролі в сім’ї".

У "циркулярній моделі" розрізняють чотири рівні сімейної згуртованості – від екстремально низького до екстремально високого. Вони

отримали такі назви: роз'єднаний, розділений, зв'язаний та зчеплений. Аналогічно діагностують чотири рівня сімейної адаптації: ригідний, структурований, гнучкий та хаотичний. Автори даного опитувальника виділяють помірні (збалансовані) та крайні (екстремальні) рівні сімейної згуртованості та адаптації та вважають, що саме збалансовані рівні – показник успішності функціонування системи. Для сімейної згуртованості такими рівнями є розділений та пов'язаний, для сімейної адаптації - структурований та гнучкий. Екстремальні рівні зазвичай розглядаються як проблематичні, що ведуть до порушень функціонування сімейної системи.

Опитувальник сконструйований таким чином, що дозволяє проаналізувати, як члени сім'ї зараз сприймають свою сім'ю і який би вони хотіли її бачити. Розбіжність між сприйняттям та ідеалом визначає ступінь задоволеності існуючою сімейною системою. "Ідеал" дає інформацію про напрям і ступінь змін у сімейному функціонуванні, які хотів би здійснити кожен із які взяли участь у дослідженні. Чим більша розбіжність між ідеалом і сприйняттям, тим більше незадоволеність існуючою сімейною системою.

Методика складається із списку тверджень (від 1 до 20). Завдання випробуваного полягає в тому, щоб двічі оцінити кожне твердження за ступенем його виразності, використовуючи п'ятибальну шкалу:

майже ніколи - 1,

рідко - 2,

іноді - 3,

часто - 4,

майже завжди - 5.

У першому випадку завдання випробуваного оцінити реальне сімейне функціонування, у другому - ідеальне, тобто таке, яким хотілося б його бачити.

Обробка та інтерпретація результатів.

1.Визначення типу структури сім'ї. Під час обробки підраховується кількість балів, отриманих при підсумовуванні парних та непарних тверджень.

Кількість балів, отримане під час підсумовування непарних пунктів, визначає рівень сімейної згуртованості, парних – рівень сімейної адаптації. Тип сімейної системи визначається двома параметрами - сумарними оцінками за шкалами згуртованості та сімейної адаптації відповідно до норм оцінок, стандартизованих на різних вибірках.

2.Визначення рівня задоволеності сімейним життям. Різниця між ідеальними та реальними оцінками за двома шкалами (згуртованості та адаптації) визначає ступінь задоволеності випробуваного сімейним життям. В даний час не існує жодних емпіричних норм для визначення оцінки розбіжності ідеального та усвідомлюваного. Висока оцінка розбіжності вказує на низьку сімейну задоволеність. Розбіжність має бути розрахована для кожного індивідуума згуртованості та адаптації, а загальна оцінка може бути отримана в результаті складання цих двох оцінок. Зворотна залежність одержаних результатів є оцінкою сімейної задоволеності.

ПІБ _____

Вік _____

Дата дослідження _____

Інструкція

Варіант А. Опишіть Вашу реальну сім'ю (подружжя та дітей). Прочитайте наступні висловлювання та оцініть їх за допомогою представленої шкали.

Варіант Б. Тепер оцініть ці висловлювання з погляду ідеальної сім'ї, то є такою, про яку ви мрієте.

Бланк опитувальника.

Твердження	1 майже ніколи	2 рідко	3 час від часу	4 часто	5 майже завжди
1.Члени нашої сім'ї звертаються один до одного за допомогою.					
2.При вирішенні проблем враховуються пропозиції дітей.					
3.Ми схвально ставимося до друзям інших членів сім'ї.					
4.Діти самостійно обирають форму поведження					

5. Ми вважаємо за краще спілкуватися тільки у вузькому сімейному колі.					
6. Кожен член нашої сім'ї може бути лідером.					
7. Члени нашої сім'ї більше близькі зі сторонніми, ніж один з одним.					
8. У нашій сім'ї змінюється спосіб виконання повсякденних справ.					
9. Ми любимо проводити вільний час усі разом.					
10. Покарання обговорюються батьками.					
11. Члени нашої родини відчують себе дуже близькими один до одного.					
12. У нашій сім'ї більшість рішень приймається батьками.					
13. На сімейних заходах присутні більшість членів сім'ї.					
14. Правила у нашій сім'ї змінюються.					
15. Нам важко уявити собі, що ми могли б зробити всією сім'єю.					
16. Домашні обов'язки можуть переходити від одного члена сім'ї до іншого.					
17. Ми радимося один з одним при прийнятті рішень.					
18. Важко сказати, хто в нас у сім'ї лідер					
19. Єдність дуже важлива для нашої сім'ї.					
20. Важко сказати, які обов'язки у домашньому господарстві виконує кожен член сім'ї.					

Оцінка параметрів шкали FACES-3

№	Діагностичні параметри	№ тверджень	Шкала
1	Емоційний зв'язок	1,11,19	Сімейна згуртованість
2	Сімейні кордони	5,7	
3	Прийняття рішень	17	
4	Час	9	

б	Друзі	3	
Б	Інтереси та відпочинок	13, 15	
1	Лідерство	6,18	Сімейна адаптація
г	Контроль	2, 12	
3	Дисципліна	4,10	
4	Ролі	8,16,20	
б	Правила	14	

(Шкала сімейної адаптації та згуртованості)

Примітка. X - середні показники; SD - стандартні відхилення від середніх.

Основні параметри	Групи сімей					
	Зрілі подружні пари		Сім'ї з підлітками		Молоді подружні пари	
	X	SD	X	SD	X	SD
Згуртованість	39,8	5,4	37,1	6,1	41,6	4,7
Адаптація	24,1	4, 7	24,3	4,8	26,1	4,2
Згуртованість						
	ранг	%	ранг	%	ранг	%
Роз'єднаний	10-34	16,3	10-31	18,6	10-36	14,9
Розділений	35-40	33,8	32-37	30,3	37-42	37,2
Зв'язаний	41-45	36,3	38-43	36,4	43-46	34,9
Зчеплений	46-50	13,6	44-50	14,7	47-50	13,0
Адаптація						
	ранг	%	ранг	%	ранг	%
Ригідний	10-19	16,3	10-19	15,9	10-21	13,2
Структурний	20-24	38,3	20-24	37,3	22-26	38,8

Гнучкий	25-28	29,4	25-29	32,9	27-30	32,0
Хаотичний	29-50	16,0	30-50	13,9	31-50	16,0

Методика «Малюнок сім'ї»

