

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра загальної та клінічної психології

Випускна кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Кошелюк Руслана Лукашівна
ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ У ОСІБ
СХИЛЬНИХ ДО ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ

Спеціальність 053 Психологія
Освітньо-професійна програма Клінічна психологія
Робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Науковий керівник:
ЖУРАВЛЬОВА ОЛЕНА
ВІКТОРІВНА
доктор психологічних наук,
доцент

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № _____
засідання кафедри загальної та
клінічної психології
від _____ 202__р.

Завідувач кафедри
Журавльова О.В. _____

ЛУЦЬК 2024

Кошелюк Р. Особливості прояву перфекціонізму у осіб схильних до психосоматичних порушень

У теоретичній частині магістерської роботи представлені найбільш поширені моделі перфекціонізму. Охарактеризовані різні виміри цього явища, такі як перфекціонізм, орієнтований на себе, на інших та соціально приписаний перфекціонізм. Особливу увагу приділено різниці між адаптивними формами цього феномену, які можуть мотивувати і підтримувати розвиток, і його дезадаптивними формами, що призводять до емоційного виснаження і проблем зі здоров'ям.

Вказано на роль стресу та соматизації в поясненні того, як негативні емоції, пов'язані з перфекціонізмом, можуть проявлятися в організмі. В контексті аналізу теорії психосоматики було зроблено посилання на класичні концепції Ф. Александера та Х. Данбар які акцентують увагу на тому, що невирішені емоційні конфлікти можуть призводити до розвитку симптомів фізичних захворювань.

Результати емпіричного дослідження продемонстрували наявність значущих кореляцій між вимірами перфекціонізму та психосоматичними скаргами. Нереалістично високі особисті стандарти, батьківська критика та очікування, а також соціально приписаний перфекціонізм пов'язані з посиленням соматичних симптомів, таких як шлункові, серцеві, ревматичні болі та загальний рівень виснаження.

Особливо тісні кореляції спостерігаються між соціально приписаним перфекціонізмом і загальним рівнем психосоматичних скарг, що вказує на значний вплив соціального тиску на фізичне здоров'я. Надмірна самокритика і прагнення до перфекціонізму призводять до хронічного стресу, який може проявлятися у вигляді серцево-судинних розладів проблем з травленням і м'язового болю.

Дезадаптивний перфекціонізм демонструє значущий зв'язок з усіма досліджуваними психосоматичними скаргами, особливо із загальним рівнем

скарг та кардіальними порушеннями. Відсутність кореляції з адаптивним перфекціонізмом пояснюється його конструктивним характером, що сприяє кращому управлінню стресом і психофізичній рівновазі.

Ключові слова: перфекціонізм, адаптивний перфекціонізм, дезадаптивний перфекціонізм, психосоматичні скарги.

Peculiarities of perfectionism manifestation in persons prone to psychosomatic disorders

The theoretical part of the master's thesis presents the most common models of perfectionism. Different dimensions of this phenomenon are characterized, such as self-oriented, other-oriented, and socially prescribed perfectionism. Particular attention is paid to the difference between adaptive forms of this phenomenon, which can motivate and support development, and its maladaptive forms, which lead to emotional exhaustion and health problems.

The role of stress and somatization in explaining how negative emotions associated with perfectionism can manifest in the body is indicated. In the context of analyzing the theory of psychosomatics, reference was made to the classical concepts of F. Alexander and H. Dunbar, who emphasize that unresolved emotional conflicts can lead to the development of symptoms of physical illness.

The results of the empirical study demonstrated the existence of significant correlations between the dimensions of perfectionism and psychosomatic complaints. Unrealistically high personal standards, parental criticism and expectations, and socially prescribed perfectionism are associated with increased somatic symptoms such as stomach, heart, rheumatic pain, and general exhaustion.

Particularly strong correlations are observed between socially prescribed perfectionism and overall psychosomatic complaints, indicating a significant impact of social pressure on physical health. Excessive self-criticism and the pursuit of perfectionism lead to chronic stress, which can manifest itself in the form of cardiovascular disorders, digestive problems, and muscle pain.

Maladaptive perfectionism demonstrates a significant relationship with all psychosomatic complaints studied, especially with the general level of complaints

and cardiac disorders. The lack of correlation with adaptive perfectionism is explained by its constructive nature, which contributes to better stress management and psychophysical balance.

Keywords: perfectionism, adaptive perfectionism, maladaptive perfectionism, psychosomatic complaints.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТЬ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ТА ПСИХОСОМАТИЧНОГО ПОРУШЕННЯ	9
1.1. Визначення концептуальних меж поняття перфекціонізму у науковій літературі	9
1.2. Теоретичні підходи до визначення поняття психосоматичного порушення	23
РОЗДІЛ II ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ У ОСІБ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ СКАРГАМИ	34
2.1. Логіка й організація емпіричного дослідження.....	34
2.2. Особливості взаємозв'язку перфекціонізму та його проявів із психосоматичними скаргами особистості	37
2.3. Вивчення особливостей взаємозв'язку адаптивного та дезадаптивного перфекціонізму з рівнем прояву психосоматичних скарг особистості	47
ВИСНОВКИ.....	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	52

ВСТУП

Сучасний етап суспільного розвитку характеризується високою динамікою, швидкими змінами та надмірним впливом різноманітних стресогенних чинників на життя людини. З огляду на це, закономірно, що останні роки спостерігається стрімке зростання числа випадків захворювань, які поєднують фізичні і психічні аспекти, тобто психосоматичних порушень. Однак, незважаючи на посилення уваги вчених до цього питання, існує багато наукових прогалин у розумінні ролі індивідуально-психологічних характеристик особистості у виникненні та розвитку таких розладів. Одним із подібних недостатньо висвітлених аспектів є взаємозв'язок погіршення фізичного самопочуття людини та її схильності до перфекціонізму.

Перфекціонізм, як складна психологічна особливість, визначається високими стандартами, самокритикою та хвилюваннями щодо досягнення успіху у різних сферах діяльності. Вказане прагнення посилюється особливостями функціонування сучасного суспільства, яке спонукає особистість до досягнення ідеалів та цілей в умовах високого рівня конкуренції.

Таким чином, розуміння механізмів вказаного взаємозв'язку відкриває можливості для ефективної профілактики, спрямованої на зменшення впливу перфекціонізму на психосоматичне здоров'я. Проведення глибокого аналізу цього феномену дозволить сформулювати науково обґрунтовані стратегії для управління перфекціонізмом, що, в свою чергу, може мати позитивний вплив на здоров'я та якість життя індивіда.

Об'єкт дослідження – феномен перфекціонізму.

Предмет дослідження – особливості прояву перфекціонізму у осіб схильних до психосоматичних порушень.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично вивчити особливості прояву перфекціонізму у осіб, схильних до психосоматичних порушень.

Відповідно до мети дослідження було визначено його основні **завдання**:

- 1) проаналізувати наукові підходи до тлумачення сутності перфекціонізму у вітчизняній та зарубіжній літературі;
- 2) здійснити теоретичний огляд концепцій, присвячених проблемі психосоматичних порушень;
- 3) емпірично дослідити специфіку взаємозв'язку перфекціонізму та його складових із рівнем схильності до різних типів психосоматичних скарг;
- 4) визначити особливості взаємозв'язку адаптивного та дезадаптивного перфекціонізму із рівнем прояву психосоматичних симптомів у особистості.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали праці, у яких висвітлено психологічні особливості явищ перфекціонізму (Д. Віннікотт, О. Кернберг, Х. Кохут, М. Сміт, Д. Хамачек, А. Хілл, К. Хорні, М. Холландер, П. Хьюїт, Г. Флет, З. Фрейд, Р. Фрост та ін.) та психосоматичних порушень (Ф. Александер, Т. Горяча, Х. Данбар, І. Середа, П. Сіфнеос, Й. Хейнрот, М. Шур та ін.).

Для вирішення поставлених завдань були застосовані такі **методи дослідження**:

- теоретичні: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, абстрагування, систематизація наукових досліджень із проблематики перфекціонізму та психосоматичних порушень;
- емпіричні: Гіссенський опитувальник соматичних скарг (Е. Брюхлер, Дж. Снер), Багатовимірна шкала перфекціонізму П. Хьюїтта та Г.Флетта, Багатовимірна шкала перфекціонізму Р. Фроста, Переглянута шкала перфекціонізму Р. Слені.
- методи статистичної обробки результатів та методи кількісного і якісного аналізу результатів дослідження.

Дозвіл Комітету з етики наукових досліджень кафедри загальної та клінічної психології ВНУ імені Лесі Українки для проведення дослідження: Протокол № 3 від 15.12.2023 року.

База дослідження. Вибірку емпіричного дослідження склали 63 особи, мешканці міста Луцька, віком від 21 до 50 років, серед яких було 75 % жінок і 25 % чоловіків. Формування переліку респондентів здійснено з дотриманням основних вимог відповідності предмета та основних завдань дослідження..

Наукова новизна дослідження полягає в деталізації сутності феномену перфекціонізму шляхом вивчення особливостей його прояву у осіб, схильних до вираження різних типів психосоматичних скарг.

Практична значущість дослідження полягає в тому, що отримані результати можуть бути використані психологами у процесі психологічного супроводу розвитку особистості з метою підвищення рівня її психологічного благополуччя. Окрім цього, отримані результати наукового пошуку можуть використовуватись при розробці курсів „Психологія особистості”, „Соціальна психологія”, „Клінічна психологія”, „Психосоматика”.

Структура й обсяг наукової праці. Наукова праця складається зі вступу, двох розділів, висновків, додатків, списку використаних джерел, що налічує 45 найменувань. Робота містить 3 таблиці, 5 рисунків. Повний обсяг роботи – 59 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТЬ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ТА ПСИХОСОМАТИЧНОГО ПОРУШЕННЯ

1.1. Визначення концептуальних меж поняття перфекціонізму у науковій літературі

Перфекціонізм як багатогранний психологічний феномен дедалі частіше опиняється у центрі наукових інтересів як вітчизняних, так і зарубіжних вчених внаслідок його значущості у різних сферах життя людини. Адже у сучасному суспільстві, яке характеризується стрімким розвитком, перед особистістю повстають високі стандарти та конкуренція. Відтак, прагнення індивіда відповідати очікуванням оточуючих може не лише сприяти досягненню ним вагомих результатів у професійній, навчальній, творчій діяльності, а й ставати джерелом емоційного та фізичного виснаження.

Термін «перфекціонізм» походить від латинського *perfectio*, що тлумачиться як «завершеність», «ідеальний стан» або «досконалість», а *perfector*, в свою чергу, визначається як «творець» (Гуляс, 2012).

До середини ХХ століття термін «перфекціонізм» не вважався науковим поняттям, але був описаний у вигляді широкого спектру властивостей, близьких до його значення, таких як, наприклад, «прагнення до переваги» (А. Адлер), «прагнення до досконалості» (К. Хорні), «самоактуалізація» (А. Маслоу).

Отже, перші згадки про цей конструкт відображені у працях представників психоаналітичного напрямку, хоча слід зауважити, що безпосередньо термін «перфекціонізм» науковцями у той час ще не застосовувався.

Так, засновник психоаналізу З. Фрейд розглядав перфекціонізм у контексті функціонування Супер-его, яке відповідає за внутрішні моральні стандарти та ідеали людини. На його думку, Супер-его, яке розвивається в

результаті ідентифікації з батьками та інтерналізації їхніх норм, може ставити перед людиною нереалістичні вимоги. Перфекціонізм автор трактував як прояв гіперактивного Супер-его, що призводить до невпинного прагнення до ідеалів і суворой самокритики, коли їх не вдається досягти. У цьому контексті перфекціонізм може мати як адаптивну функцію, мотивуючи особистість до розвитку, так і деструктивну, породжуючи почуття провини та розчарування.

А. Адлер, на відміну від З. Фрейда, акцентував увагу на соціальному вимірі перфекціонізму. Згідно з його точкою зору, перфекціонізм пов'язаний з прагненням компенсувати почуття неповноцінності, яке людина відчуває в результаті своїх невдач. Тобто це своєрідний механізм досягнення переваги та визнання в очах інших. А. Адлер підкреслював, що прагнення до досконалості саме по собі не є проблематичним, якщо воно узгоджується з просоціальними цілями і не призводить до соціальної ізоляції або деструктивної конкуренції (Авраменко, 2022).

В свою чергу, К. Хорні, розвиваючи теорію З. Фрейда, розглядала перфекціонізм як захисний механізм, що виникає у особистості через страх відторгнення та критики. На думку вченої, перфекціонізм може бути спробою захистити себе від почуття неадекватності через реалізацію нереалістичних стандартів, що призводить до створення «ідеального Я», яке стає головною метою індивіда. Така стратегія, хоч і здається мотивуючою, часто призводить до хронічної незадоволеності собою (Карпенко, 2016).

Перфекціонізм як психологічний механізм захисту, характерний для людей з нарцисичним розладом особистості, тлумачив О. Кернберг. За його теорією, ця властивість передбачає надмірне прагнення до досконалості як спробу захистити вразливе «я» від почуття сорому та нікчемності. Він вважав, що люди з нарцисичними тенденціями використовують перфекціонізм, щоб отримати захоплення і схвалення інших, щоб підвищити свою самооцінку. Водночас надмірні очікування від себе призводять до хронічного незадоволення та відчуття нереалізованості. Таким чином, перфекціонізм функціонує як захист від внутрішніх конфліктів, але водночас він посилює

емоційні страждання людини, оскільки реальність рідко відповідає завищеним стандартам.

Х. Кохут, засновник теорії Я, розглядав перфекціонізм як наслідок незадоволених емоційних потреб у дитинстві, таких як потреба у визнанні та співпереживанні з боку тих, хто доглядає за дитиною. На його думку, перфекціонізм є формою компенсації, яка розвивається у дітей, що не отримали достатньої емоційної підтримки у стосунках зі значущими об'єктами. Х. Кохут підкреслив, що прагнення до перфекціонізму - це спроба зберегти самоузгодженість і захиститися від внутрішньої дезінтеграції. Перфекціонізм може виконувати захисну функцію, але в той же час він лягає тягарем на людину, яка намагається задовольнити незадоволені потреби з минулого, постійно прагнучи до досконалості. Х. Кохут припустив, що ключем до пом'якшення перфекціоністських тенденцій є розвиток здорового «Я» через емпатичні стосунки та реалістичні цілі, які дозволяють досягти балансу між очікуваннями та самооцінкою (Гуляс, 2012).

Цікавою є концепція істинного «Я» та фальшивого «Я», запропонована психоаналітиком Д. Віннікоттом, у контексті якої він інтерпретував перфекціонізм як прояв фальшивого «Я», що розвивається у відповідь на очікування оточення. Перфекціонізм може бути спробою відповідати зовнішнім вимогам за рахунок автентичності та спонтанності особистості (Winnicott, 1965).

Таким чином, психоаналітичні концепції перфекціонізму підкреслюють його багатовимірність і зв'язок із внутрішніми конфліктами, мотиваціями та соціальними відносинами. Перфекціонізм може бути як інструментом розвитку та самореалізації, так і джерелом напруги та фрустрації. Сучасні дослідження перфекціонізму часто спираються на ці класичні теорії, розвиваючи їх у більш інтегровані моделі, які включають як психологічні, так і соціальні аспекти явища.

Безпосередньо у науковий обіг термін «перфекціонізм» був введений М. Холландером у 1965 році. Попри це об'єктом систематичних наукових

досліджень окреслена проблематика стала лише з 1980 –х р.р. Попри те, що з цього часу вчені запропонували широкий спектр дефініцій цього явища, жодну з концепцій не можна вважати універсальною та загальноприйнятою.

На початкових етапах розвитку теорії перфекціонізму науковці дотримувались одновимірного підходу до тлумачення сутності цього феномену. Тобто специфіка його перших визначень полягала в тому, що він розглядався як схильність особистості встановлювати для себе надмірно високі стандарти (Hollender 1978).

Так, в результаті теоретичного аналізу широкого кола наукових ідей, О. Лоза (Лоза, 2011, 2015) пропонує об'єднати їх у три категорії:

1. Перфекціонізм - це потреба людини у самовдосконаленні, яка складає підґрунтя для формування особистісних стандартів індивіда незалежно від його можливостей та потенціалу, проявляючись у прагненні бути досконалим у всьому.

2. Перфекціонізм - це особистісна установка, яка проявляється у схильності відкидати все, що не відповідає уявленням людини про взірць досконалості.

3. Перфекціонізм - це риса особистості, що виражається у систематичному нав'язуванні собі необхідності досягнення якості виконання роботи, значно вищої, ніж того вимагають обставини.

Згодом перед психологічною наукою повстало питання про те, що окреслене одновимірне бачення перфекціонізму не спроможне пояснити всі аспекти цього конструкту.

Першим, хто розпочав багатовимірне дослідження перфекціонізму, був британський дослідник Р. Фрост та його колеги (Frost, Marten, Lahart, Rosenblate, 1990). Дослідник запропонував модель, яка включала шість параметрів:

- особисті стандарти - формування надмірно високих стандартів, вимог до власної особистості та одночасне надання їм невиправданої надмірної значущості;

- страх помилок - негативна реакція на здійснені навіть найменші помилки та ідентифікація їх як невдач;
- сумніви в якості своїх дій – надмірно критичне сприйняття результатів своєї діяльності, що призводить до постійних сумнівів щодо якості її результатів;
- батьківські очікування - сприйняття власних батьків як таких, що мають дуже високі, нереалістичні очікування;
- батьківська критика – схильність вбачати у словах та ставленні батьків критичності;
- організованість - надання надмірно великого значення порядку.

На основі представленої моделі перфекціонізму Р. Фрост запропонував діагностичний інструментарій, зорієнтований на його емпіричне вивчення («Frost Multidimensional Perfectionism Scale»). Слід зауважити, що опитувальник краще відображає дезадаптивний аспект перфекціонізму, але його дизайн також привертає увагу до етіології цього явища, пов'язаної з батьківськими факторами (насамперед, авторитарним вихованням) і передачею перфекціоністських норм і моделей поведінки від покоління до покоління. Емпіричні дослідження з використанням тесту Р. Фроста яскраво продемонстрували наявність кореляції із негативними характеристиками. Зокрема, страх зробити помилку, осьова характеристика перфекціонізму в цьому підході, показав позитивну кореляцію з тривогою, яка, як виявив автором, тісно пов'язана з симптомами психопатології, що асоціюються з негативною, дезадаптивною формою перфекціонізму. Подальші дослідження також виявили статистично значущий позитивний зв'язок між загальним перфекціонізмом, виміряним за допомогою FMPS, і різними психологічними проблемами: змагальною тривожністю серед спортсменів, тривогою перед оцінками серед студентів, прокрастинацією та безсонням.

Незважаючи на значну популярність теорії перфекціонізму Р. Фроста, серед багатовимірних моделей найбільшу популярність серед науковців набула альтернативна концепція, запропонована П. Хьюїтом та Г. Флетом

(Hewitt, Flett, 1989). При цьому дослідники виділили три окремі виміри перфекціонізму: орієнтований на себе, орієнтований на інших та соціально приписаний.

Перша з виділених форм досліджуваного конструкту включає в себе широкий спектр видів самоорієнтованої поведінки індивіда, наприклад, встановлення жорстких стандартів щодо виконання завдань у поєднанні з винесенням суворих і категоричних суджень до якості власної роботи. На думку науковців, вказаний тип перфекціонізму містить імпліцитний мотиваційний компонент, який проявляється як у прагненні до досконалості у власній діяльності, так і в уникненні невдач, а також у переконанні, що бути ідеальним надзвичайно важливо. Отже, для цієї форми перфекціонізму характерний зв'язок з іншими типами самоспрямованої поведінки, такими як високий рівень домагань і самозвинувачення. Крім того, вона пов'язана з різними маркерами дезадаптивної поведінки, наприклад, підвищеною тривожністю, анорексією, субклінічною депресією та низькою самоповагою.

Друга форма - перфекціонізм, орієнтований на інших, що проявляється у встановленні нереалістично високих стандартів до продуктивності значущих оточуючих людей, наданні великого значення тому, чи є вони досконалими і наскільки, а також у винесенні суворих суджень про рівень їхньої результативності. П. Хьюїт та Г. Флетт звернули увагу на зв'язок цієї форми перфекціонізму зі схильністю особистості звинувачувати та ображати інших, недовірою в міжособистісних стосунках, почуттям ворожості, цинізму та самотністю, а також проблемами в близьких стосунках.

Соціально приписаний перфекціонізм, з іншого боку, пов'язаний з переконанням індивіда, що близькі люди мають по відношенню до нього нереалістично високі очікування, засуджують його або тиснуть, щоб змусити бути досконалим. Оскільки стандарти поведінки, нав'язані іншими, сприймаються як надмірні та неконтрольовані, цей аспект може спричинити низку негативних емоційних наслідків. Сприйняття нездатності задовольнити

вимоги інших та переконання, що їхні вимоги нереалістичні, призводять до відчуття невдачі та підвищеного страху бути засудженим.

Цікава та достатньо детальна модель перфекціонізму була представлена Р. Хіллом, яка охопила вісім ключових вимірів, що відображають різноманітність проявів цього явища (Hill, 2004):

1. Прагнення до винятково високих стандартів. Цей вимір описує сильне бажання наблизитися до ідеалу, який людина встановила для себе. Перфекціоністи цієї категорії прагнуть до досконалості в усіх сферах життя.

2. Надмірний страх помилок. Люди з яскравою вираженістю цієї риси легко втрачають емоційну рівновагу, коли помічають навіть незначні недоліки у своїй роботі. Помилки стають для них джерелом сильного стресу і розчарування.

3. Високі стандарти по відношенню до інших. Перфекціоністи цієї категорії схильні ставити нереалістичні вимоги до тих, хто їх оточує. Вони очікують досконалості від інших, що часто призводить до напруження і конфліктів у міжособистісних стосунках.

4. Потреба у схваленні. Цей вимір відображає бажання отримувати лише позитивні оцінки від інших та уникати критики, як конструктивної, так і деструктивної. Такі люди особливо чутливі до думки тих, хто їх оточує.

5. Організованість. Ця риса характеризується потребою підтримувати порядок і структуру в кожному аспекті життя. Хоча це може сприяти ефективності, надмірна зосередженість на організації може обмежувати гнучкість.

6. Відповідність батьківським очікуванням. Вказаний аспект описує прагнення індивіда відповідати високим очікуванням батьків, часто для того, щоб отримати їхнє схвалення. Багато осіб з цим типом перфекціонізму розвинули цю рису в дитинстві.

7. Румінація. Перфекціоністи часто відчувають нав'язливі і важко контрольовані думки про минулі помилки або потенційні майбутні

недосконалості. Такі міркування можуть призвести до емоційного виснаження.

8. Планування. Описує схильність ретельно обмірковувати та впорядковувати свої дії. Хоча це може допомогти уникнути ризиків, надмірне планування може пригнічувати спонтанність і затягувати процес прийняття рішень.

Таким чином, модель Р. Хілла включає як адаптивні (наприклад, організація, планування), так і неадаптивні аспекти перфекціонізму (наприклад, роздуми, страх помилок), підкреслюючи його складність і багатогранність.

К. Седікідес і М. Люк представили модель перфекціонізму, яка фокусується на двох основних вимірах: орієнтація на себе і зовнішня орієнтація. Цей підхід підкреслює, що перфекціонізм є не лише індивідуальною рисою, а й результатом взаємодії з оточенням, яке впливає на розвиток перфекціоністських установок і поведінки.

1. Самоорієнтований перфекціонізм.

Цей вимір стосується внутрішніх стандартів і вимог, які людина висуває до себе. Орієнтовані на себе перфекціоністи прагнуть досягти виняткових результатів, спираючись на власні, часто дуже високі, очікування. Для них характерна самокритичність, а це означає, що будь-яке відхилення від встановленого ідеалу може призвести до розчарування і зниження самооцінки. У цьому контексті перфекціонізм може бути як мотивуючим, так і деструктивним, оскільки людина прагне до досконалості, не визнаючи помилок.

2. Зовнішньо орієнтований перфекціонізм.

У цьому вимірі домінують очікування і норми, нав'язані оточенням. Люди з домінуванням цієї форми перфекціонізму дуже залежні від схвалення інших, а їхня самооцінка ґрунтується на відповідності стандартам, встановленим оточенням. Зовнішньо орієнтовані перфекціоністи часто бояться критики і неприйняття, що може призвести до надмірного стресу і

труднощів у міжособистісних відносинах. У багатьох випадках ці люди прагнуть не тільки відповідати очікуванням, але й перевершити їх, що збільшує тиск і ризик вигорання.

Відповідно до моделі К. Седікідеса і М. Люка передбачається, що обидва виміри перфекціонізму можуть співіснувати в одній людині, але їх пропорції впливають на те, чи є перфекціонізм адаптивним або дезадаптивним. Орієнтація на себе сприяє розвитку і досягненню цілей, якщо вона не перебільшена. Натомість домінування зовнішньої орієнтації пов'язане з ризиком надмірної конформності, страхом оцінки та хронічної незадоволеності.

Окрім визначення сутності та структури феномену перфекціонізму значну увагу науковці приділяють і встановленню джерел його виникнення. Теоретичний аналіз засвідчує, що серед чинників розвитку цієї властивості можна виокремити кілька груп: особистісні, родинні, освітні, соціально-культурні.

Мета-аналіз досліджень взаємозв'язку між перфекціонізмом та особистісними рисами, проведений М. Смітом та його колегами (Smith, Sherry, Vidovic, Saklofske, Stoeber, Benoit 2019), показав, що люди з високим рівнем нейротизму більш схильні до перфекціоністської тривоги, тобто їхній перфекціонізм є наслідком тиску соціальних очікувань. Крім того, вони відчують тривогу, пов'язану з очікуванням помилок, сумнівами в діях і великою розбіжністю між очікуваннями і реальною можливістю їх реалізації. На противагу цьому, висока сумлінність характеризує осіб з перфекціонізмом орієнтованим на себе. Вони також мають високі особистісні стандарти та стандарти, пов'язані з досягненнями. Хоча результати досліджень також свідчать про те, що перфекціонізм може бути гендерно детермінованим, на сьогоднішній день висновки з цього питання є непереконливими (Thomas, Bigatti, 2020).

Перші припущення щодо наявності зв'язку між перфекціонізмом та родинними чинниками у науковій літературі з'явилися досить давно. Ще

наприкінці 1970-х років була висунута гіпотеза про зв'язок між перфекціонізмом і стилем прив'язаності особистості, а в наступні роки П. Хьюїт та Флетт (Hewitt, Flett, 1991) описали розвиток перфекціонізму в контексті стосунків з батьками, братами, сестрами, однолітками і романтичними партнерами. На їхню думку, саме сприйняття значущих інших як оціночних і критичних формує крихке і фрагментоване почуття «Я», в якому домінують низька самооцінка і сором. Для перфекціоніста потреба бути досконалим і отримати схвалення інших є стратегією компенсації, відновлення і захисту пошкодженої самооцінки.

На аспект сімейних детермінант перфекціонізму у своїй концепції звернув увагу і Р. Фрост (1990). На думку цього дослідника, корінь нереалістично високих стандартів власного функціонування лежить насамперед у батьківських вимогах та авторитарному стилі виховання. Інтерналізація високих очікувань призводить до формування перфекціонізму. Центральним компонентом перфекціонізму вчений вважав відчуття, що батьки встановлюють стандарти, яким важко відповідати, і в той же час, що нездатність відповідати їм призведе до втрати їхнього прийняття, любові та близькості. Це, на думку Л. Морріса і С. Ломакса (Morris, Lomax, 2014), є основною причиною розвитку у дитини дезадаптивної форми перфекціонізму, низької самооцінки, почуття неефективності, ірраціональних переконань і, як наслідок, виникнення психологічних проблем.

Важливе значення у контексті формування схильності особистості до перфекціонізму, на думку багатьох вчених, належить освітнім чинникам. Так, вчителі, вихователі, тренери можуть сприяти розвитку перфекціонізму (Stoeber, Childs, 2011). Дж. Стоєбер та У. Ейсман (Stoeber, Eismann, 2007) досліджували молодих музикантів (13-20 років), зокрема, вивчали наскільки тиск з боку батьків та вчителів пов'язаний з їхньою мотивацією, виконавськими зусиллями та відчуттям дистресу. Результати засвідчили, що тиск з боку вчителів позитивно корелює з перфекціоністськими прагненнями, страхом бути недосконалим і батьківським тиском. Дж. Данн і його колеги

(Dunn, Dunn, Gotwals, Vallance, Craft, Syrotuik, 2006), вивчаючи спортсменів, показали, що найсильнішим предиктором соціально приписуваного перфекціонізму є тиск з боку батьків і тренерів, а також їхня увага до помилок. Таким чином, вони виявилися центральними фігурами, пов'язаними з підвищеним страхом оцінки і несхвалення - осьовими проявами перфекціонізму.

Л. Даміан з колегами (Damian, Stoeber, Negru, Băban, 2017) провели 9-місячне лонгітюдне дослідження зв'язку між перфекціонізмом і шкільною успішністю. Це було перше лонгітюдне дослідження, яке підтвердило зв'язок між перфекціоністським прагненням, тривогою та академічною успішністю.

Крім того, дослідники вивчали, чи може шкільна успішність і академічна успішність стимулювати розвиток перфекціонізму. У дослідженні взяли участь 487 підлітків обох статей віком 12-19 років. Результати показали, що висока академічна успішність є фактором, що впливає на розвиток як перфекціоністських прагнень, так і перфекціоністських страхів.

Дещо пізніше Дж. Домокус і Л. Даміан (Domocus, Damian, 2018) у короткостроковому лонгітюдному дослідженні (два дослідження з інтервалом у три місяці) за участю підлітків (14-19 років) показали, що вплив батьків і вчителів може підвищувати ризик розвитку перфекціонізму у молодих людей, але також може бути і захисним фактором. Дослідження виявило зв'язок між батьківським тиском і підвищеним рівнем перфекціонізму. Тиск вчителів не виявився значущим для зростання перфекціонізму, тоді як їхня підтримка була основним захисним фактором, що призвів до зниження перфекціоністських побоювань.

Вагоме значення, з точки зору ряду науковців, у процесі формування перфекціонізму належить соціокультурним впливам. Мета-аналіз Т. Карран і А. Хілл (Curran, Hill, 2019), здійснений на основі досліджень проведених між 1989 і 2016 роками, продемонстрував, що культурні зміни могли вплинути на зростання перфекціонізму в останні десятиліття. Результати дослідження підтвердили лінійне зростання перфекціонізму протягом аналізованого

періоду, причому в кожному з вимірів: орієнтованому на себе, орієнтованому на інших і соціально приписуваному перфекціонізмі.

Спираючись на модель Х. Маркуса і С. Кітаями, дослідники припустили, що домінуючі культурні цінності суспільства в будь-який момент часу відображають норми соціальних, сімейних, академічних, релігійних, економічних і політичних інститутів. Це, в свою чергу, формує індивідуальні погляди, цінності, переконання, а також особистість. Подібно до того, як культура призводить до індивідуальних відмінностей між громадянами різних країн, так і культура різних періодів може спричиняти відмінності між поколіннями. Дослідники визначили неолібералізм, конкурентний індивідуалізм, меритократію, контрольний і тривожний стилі виховання як ключові культурні зрушення, що можуть вплинути на розвиток перфекціонізму (Curran, Hill 2019).

Важливим вектором вивчення перфекціонізму є визначення його наслідків та типів. Тривалий час вказаний феномен розглядався виключно як дезадаптивний.

Так, Р. Шафран і В. Мансель (Shafran, Mansell, 2001) висвітлюють широкий спектр негативних наслідків, до яких може призвести перфекціонізм. Серед них:

1. Емоційні розлади.

Перфекціонізм тісно пов'язаний з підвищеним ризиком виникнення таких проблем, як депресія, тривога та obsесивно-компульсивний розлад. Постійне прагнення до досконалості та страх зробити помилку призводять до хронічного стресу та відчуття пригніченості.

2. Міжособистісні проблеми.

Перфекціоністи часто мають труднощі з побудовою і підтримкою здорових стосунків з іншими людьми. Їхні високі очікування від себе та оточуючих можуть призвести до конфліктів, недовіри та відчуття ізоляції. Вони часто сприймають критику як замах на власну гідність, що ускладнює ефективну комунікацію.

3. Занижена самооцінка.

Незважаючи на свої високі стандарти, перфекціоністи часто відчують незадоволення собою. Кожну помилку, навіть незначну, вони сприймають як поразку, що призводить до зниження самооцінки та самоефективності.

4. Ризик вигорання.

Надмірний перфекціонізм пов'язаний зі схильністю перевантажувати себе обов'язками і труднощами в делегуванні завдань. Це, в свою чергу, призводить до фізичного та емоційного перевантаження, підвищуючи ризик професійного вигорання.

5. Уникнення викликів.

Перфекціоністи, боячись невдач, можуть уникати діяльності, яка вимагає ризику або пов'язана з можливістю помилок. Це обмежує їхній особистий і професійний розвиток, блокуючи потенційні успіхи.

Р. Шафран і В. Мансель (Shafran, Mansell, 2001) підкреслюють, що ключовою проблемою є нездатність перфекціоністів прийняти недосконалість, як свою власну, так і тих, хто їх оточує. Відсутність прийняття призводить до замкненого кола, в якому надмірні очікування і розчарування підсилюють одне одного, посилюючи негативні наслідки.

Сучасні дослідження відображають, що науковці все частіше притримуються погляду на перфекціонізм, як амбівалентний феномен. Першим на основі клінічних досліджень нормальний (адаптивний) та патологічний (деадаптивний) типи вказаного конструкту описав Д. Хамачек (Hamachek, 1978). Його концепція підкреслює, що перфекціонізм не завжди є деструктивною рисою, і що його вплив на життя людини залежить від природи та інтенсивності явища.

Нормальний перфекціонізм, який також називають адаптивним перфекціонізмом, характеризується здоровим прагненням досягти високих стандартів. Люди, які проявляють цей тип перфекціонізму, здатні отримувати задоволення від своїх досягнень, навіть якщо їхні цілі не повністю реалізовані. Вони здатні прийняти свою недосконалість і вчитися на своїх помилках, що

дозволяє їм рости в особистому і професійному плані. Цей тип перфекціонізму мотивує до роботи, сприяє підвищенню продуктивності та допомагає їм досягати успіху без зайвого стресу чи розчарування.

Патологічний перфекціонізм, який також називають дезадаптивним, передбачає надмірні та нереалістичні очікування від себе та інших. Люди з таким типом перфекціонізму мають сильний страх невдачі, а їхній добробут і самооцінка залежать від досягнення досконалості. Вони часто заціклені на деталях, що призводить до труднощів у прийнятті рішень і виконанні завдань. Навіть незначні невдачі викликають у них сильний стрес і розчарування, що може призвести до емоційних проблем, таких як тривога або депресія.

Д. Хамачек зазначає, що головна відмінність між нормальним і патологічним перфекціонізмом полягає в тому, як людина сприймає свої помилки і недосконалості. Нормальні перфекціоністи здатні використовувати невдачі як можливість вчитися і розвиватися, тоді як патологічні перфекціоністи розглядають їх як особисту невдачу, що негативно впливає на їхнє емоційне життя і стосунки з оточуючими.

Дж. Стоєбер та К. Отто (Stoeber, Kathleen, 2006) пропонують розрізняти здоровий перфекціонізм, що характеризується високими прагненнями і низьким рівнем страху недосконалості, нездоровий перфекціонізм, що складається з високих прагнень і високого рівня страху недосконалості, і нон-перфекціонізм, підкріплений низькими прагненнями.

У свою чергу, К. Адкінс і В. Паркер (Adkins, Parker, 1996) розрізняють пасивний перфекціонізм, який перешкоджає діям і проявляється як надмірна заклопотаність помилками, сумнівами, характеризується тенденціями до відкладання дій і пов'язаний з високим ризиком суїцидальної поведінки, і активний перфекціонізм, який сприяє досягненню і не пов'язаний з суїцидальними намірами.

Пізніше Г. Штумпф разом з В. Паркером (Stumpf, Parker, 2000) виділили здоровий перфекціонізм, пов'язаний із сумлінністю, і нездоровий перфекціонізм, пов'язаний із низькою самооцінкою.

Перфекціонізм, як явище, що пронизує різні аспекти життя сучасної людини, є темою зростаючого наукового інтересу. Це багатовимірне поняття, що охоплює як адаптивні, так і дезадаптивні прояви, відображає складність людської психіки та її реакції на соціальні та внутрішні виклики. Такі психоаналітики, як З. Фройд, А. Адлер, К. Хорні та інші, розглядали перфекціонізм з точки зору механізмів самоактуалізації, компенсації та захисту від внутрішніх конфліктів. Різні теорії припускають, що перфекціонізм може бути як мотиваційним ресурсом, так і фактором, що підвищує ризик емоційних розладів і міжособистісних конфліктів. Таким чином, тема перфекціонізму залишається актуальною для досліджень, оскільки пов'язана з фундаментальними питаннями адаптації, самоприйняття та пошуку гармонії в сучасному світі.

1.2. Теоретичні підходи до визначення поняття психосоматичного порушення

Психосоматичні розлади, як результат складної взаємодії між психікою та організмом, є актуальною проблемою в сучасній медицині та психології. В умовах стрімкого зростання темпу життя та хронічного стресу частота їх прояву у населення неухильно зростає. Вивчення вказаних порушень не лише дозволяє краще зрозуміти механізми, за допомогою яких емоції впливають на здоров'я, але і сприяє розробці більш ефективних діагностичних і терапевтичних стратегій, що визначає окреслену тему як надзвичайно своєчасну і важливу для міждисциплінарних досліджень.

Психосоматика (гр. *psûche* – душа і гр. *soma* тіло) - міждисциплінарна галузь на межі психології та медицини, що займається вивченням виникнення та лікуванням соматичних захворювань, в основі яких лежать певні психологічні переживання (Коломоєць, Павлюкович, Ходоровський, Ткач, 2008).

Ще представники давньогрецької філософії та медицини приділяли

особливу увагу специфічному нерозривному зв'язку між душею і тілом, визнаючи їх взаємопов'язаними елементами людського існування. Такі мислителі, як Гіппократ, Платон і Аристотель, підкреслювали, що стан душі та емоції мають безпосередній вплив на фізичне здоров'я.

Так, Гіппократ, батько медицини, у своїй гуморальній теорії стверджував, що баланс чотирьох рідин (крові, жовчі, чорної жовчі та флегми) визначає здоров'я людини. Порушення цієї гармонії, спричинені такими емоціями, як страх, гнів чи смуток, серед іншого, можуть призвести до хвороби. Лікування, на думку Гіппократа, має охоплювати як тіло, так і душу, відновлюючи баланс за допомогою правильного харчування, фізичної активності та емоційної гармонії (Nutton, 2012).

У своїх працях Платон підкреслював, що тіло і душа повинні функціонувати разом у гармонії. Він вважав, що душа впливає на тіло через думки та емоції, а нехтування духовним аспектом життя призводить до ослаблення фізичного здоров'я. Філософ припускав, що турбота про душу через знання і чесноти так само важлива, як і турбота про тіло.

Аристотель у своїй концепції «гіломорфізму» розглядав тіло і душу як одну субстанцію. Відповідно до його ідеї, душа надає тілу форму і мету, а її розлади можуть призвести до фізичних захворювань (Середа, 2022).

І давньогрецька філософія, і медицина визнавали цілісність душі і тіла як запоруку здоров'я і благополуччя. Цей підхід, хоч і розроблений тисячі років тому, залишається актуальним у сучасних дослідженнях психосоматики та холістичних підходів до медицини.

Попри тривалу історію розвитку окресленої проблематики, вперше безпосередньо термін «психосоматика» у науковий обіг був введений у 1818 році німецьким психіатром Й. Хейнротом. На його думку, джерелом фізичного нездужання особистості часто є психологічні проблеми, такі як стрес, емоційне напруження або внутрішні конфлікти (Лесніченко, 2018).

Науковець розглядав людину як єдність тіла, душі та духу, а розлади здоров'я вважав результатом порушення цієї гармонії. Згідно з його

концепцією, емоції та думки відіграють ключову роль у виникненні багатьох соматичних захворювань, що стало основою сучасної психосоматики (Lipowski, 1986).

Одним із перших значний внесок у розвиток психосоматики здійснив автор психоаналітичного підходу З. Фрейд. Його теорії ґрунтувалися на ідеї, що тіло і розум нерозривно пов'язані між собою, і що емоційні конфлікти та несвідомі психічні процеси можуть призводити до соматичних проявів.

У своїх дослідженнях істерії, проведених разом з Й. Бросером, З. Фрейд підкреслював, що фізичні симптоми, такі як параліч або біль, можуть бути результатом несвідомих травм або внутрішніх емоційних конфліктів. Результати цих досліджень він виклав у праці «Дослідження істерії» (1895), яка заклала основу для подальшого розвитку теорії психосоматики. Вчений зауважив, що захисні механізми, такі як придушення, можуть призвести до витіснення невирішених психічних конфліктів на тіло, викликаючи соматичні скарги (Sheleg, 2013).

Однією з ключових концепцій З. Фрейда, яка вплинула на розвиток психосоматики, була теорія конверсії. Згідно з нею, емоційне напруження та внутрішні конфлікти можуть «конвертуватися» у соматичні симптоми. Прикладом цього є конверсійна істерія, при якій фізичні симптоми, такі як втрата чутливості або біль, не мають органічної основи, а є вираженням психічного конфлікту.

З. Фрейд також підкреслював важливість символічної природи соматичних симптомів, які можуть відображати несвідомий зміст і внутрішні конфлікти пацієнта. Його роботи надихнули багатьох дослідників, таких як Ф. Александер і Х. Данбар, які розробили концепцію психосоматики в рамках аналітичної психології та медицини (Бамбурак, 2019).

Так, психодинамічна теорія психоматики, розроблена Ф. Александером, є однією з найважливіших розробок у галузі психосоматичної медицини. Його підхід базувався на розумінні того, що психіка і тіло нерозривно пов'язані між собою, і що їх взаємодія відіграє ключову роль у виникненні та перебігу

багатьох соматичних захворювань.

Науковець підкреслив, що емоції та психологічні конфлікти, особливо несвідомі, можуть призводити до специфічних фізіологічних реакцій, які з часом починають сприяти розвитку хвороби. У його теорії важливе місце посідає концепція «психосоматичної особистості» - специфічні риси характеру, які можуть зумовлювати схильність до психосоматичних захворювань.

Ф. Александер виокреми сім психосоматичних захворювань, які він назвав «чиказькою сімкою»: бронхіальна астма, гіпертонія, виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, гіпертиреоз, нейродерміт, ревматоїдний артрит і виразковий коліт. Згідно з його теорією, кожне з цих захворювань є наслідком певного психологічного конфлікту. Виразка шлунку, наприклад, пов'язана з внутрішнім конфліктом між агресією і потребою підкорятися.

Вчений використовував психоаналітичний підхід у своїй практиці, вважаючи, що виявлення і вирішення психологічних конфліктів може призвести до поліпшення здоров'я пацієнта. Він також вказував на важливість екологічних і соціальних факторів у розвитку психосоматичних розладів (Колесніченко, Тімакова; 2017, Бамбурак, 2019).

Не менш значиму роль у галузі психосоматики відіграла Х. Данбар. Її підхід характеризувався спробою зрозуміти соматичні захворювання в контексті цілісного взаємозв'язку між тілом і психікою. Х. Данбар підкреслювала, що як емоції, так і структура особистості відіграють важливу роль у виникненні та перебігу хвороби.

У своїй праці вчена виокремила специфічні особистісні профілі, пов'язані з певними захворюваннями. Вона стверджувала, що люди з різними захворюваннями, такими як виразка шлунку, астма або гіпертонія, можуть мати спільні психологічні та емоційні характеристики. Наприклад, авторка відзначала схильність пацієнтів із серцевими захворюваннями до придушення агресії, в той час як у людей з астмою - труднощі у вираженні емоцій.

Х. Данбар також підкреслила важливість міждисциплінарного підходу,

який би поєднував психологію, психіатрію та соматичну медицину. Вона вказала на необхідність тісної співпраці між фахівцями з різних дисциплін для того, щоб краще розуміти і лікувати пацієнтів (Середа, 2012, Горяча, 2009).

Цікавою є модель психосоматики, запропонована М. Шуром, який як і попередники підкреслював зв'язок між несвідомими психічними процесами і проявом соматичних захворювань. На його думку, саме захисні механізми відіграють ключову роль у формуванні реакції організму на стрес і внутрішні конфлікти.

Він вважав, що несвідомі психічні конфлікти, які не піддаються свідомому опрацюванню, можуть знайти свій вихід в організмі у вигляді соматичних симптомів. Центральне місце в його концепції займає ідея регресії, згідно з якою організм відступає до більш примітивних форм реагування внаслідок психічного перевантаження. Цей процес, на думку вченого, є наслідком нездатності індивіда вирішувати внутрішні конфлікти у зрілий і свідомий спосіб.

Одним із ключових понять теорії М. Шура є «організована регресивна адаптивна система». Вона передбачає, що організм адаптується до конфлікту чи стресу, виробляючи певні моделі поведінки та соматичні реакції. Ці патерни покликані захистити психіку від подальших ушкоджень, але можуть призвести до розвитку хронічних соматичних захворювань.

Загалом науковець констатував, що соматичні та психічні аспекти у дитинстві тісно пов'язані, однак у процесі зростання вказаний взаємозв'язок починає слабшати. Таким чином, відповідно до позиції М. Шура, нормальний розвиток дитини є «десоматизацією», а патологічний — «ресоматизацією» (Іванова, 2022).

Поняття «психосоматичні розлади» часто розглядається у поєднанні з терміном «алекситимія», введеним П. Сіфнеосом. Цим терміном позначають труднощі з розпізнаванням, вербалізацією та вираженням особистістю своїх емоцій, що може призводити до соматизації, тобто прояву емоційних проблем у вигляді фізичних скарг (Турецька, 2005).

На думку П. Сіфнеоса, люди з алекситимією характеризуються обмеженою здатністю до емоційної інтроспекції та бідною емоційною мовою, що ускладнює для них комунікацію своїх почуттів як з іншими, так і з самими собою. Відсутність цієї здатності призводить до накопичення психологічної напруги, яка може знайти вихід в організмі через соматичні реакції, такі як біль, шлунково-кишкові розлади або шкірні захворювання.

Ключовим аспектом теорії П. Сіфнеоса є вказівка на зв'язок між алекситимією та психосоматичними захворюваннями. Він вважав, що люди з цією рисою схильні пригнічувати емоції, що підвищує ризик розладів здоров'я, викликаних стресом. У його концепції соматизація виступає компенсаторним механізмом, який дозволяє організму впоратися з емоційним перевантаженням.

На разі алекситимія широко вивчається в контексті різних психосоматичних розладів, таких як гіпертонія, астма, синдром подразненого кишечника або серцеві захворювання. Концепція знайшла свій шлях у психотерапії, де розвиток здатності розпізнавати і виражати емоції є однією з ключових цілей у лікуванні психосоматичних розладів (Завязкіна, Ведмеденко, 2020).

Значної популярності набула нейрогуморальна теорія, заснована Г. Сельє та Дж. Енджелом, яка ґрунтується на ідеї, що джерелом значної частини психосоматичних порушень є надмірний стресовий вплив на організм. Згідно з цією концепцією, стрес та його хронічний вплив на людину може призвести до дисбалансу в нейрогуморальній системі, що, відповідно, сприяє розвитку різних соматичних станів.

Згідно з цією теорією, взаємозв'язок між нервовою, ендокринною та імунною системами має вирішальне значення. Стрес, як пусковий фактор перевантаження, активує реакцію організму, відому як «загальний адаптаційний синдром», описаний Г. Сельє. Ця реакція складається з трьох фаз: тривоги, адаптації та виснаження. Хронічний стрес, який перевищує адаптаційні можливості організму, призводить до дестабілізації регуляторних

систем, що може спричинити різноманітні психосоматичні розлади, такі як серцево-судинні захворювання, розлади шлунково-кишкового тракту або дерматологічні захворювання.

Дж. Енджел, розвиваючи цю теорію, вказав на важливість біопсихосоціальної моделі здоров'я і хвороби. Його підхід підкреслював, що емоційні та соціальні стресори, які впливають на людину, можуть взаємодіяти з нейрогуморальними механізмами, що призводить до соматизації психологічних проблем. Ключовим елементом тут є взаємодія між психікою і тілом, де зміни в нейрогуморальній системі стають мостом між стресом і соматичними симптомами.

Нейрогуморальна теорія стала основою для сучасних досліджень у психонейроімунології, яка вивчає взаємозв'язок між емоціями, нервовою, ендокринною та імунною системами, підкреслюючи роль хронічного стресу в розвитку розладів здоров'я (Іванова, 2022).

Відзначимо, що проблеми з узгодженням визначення та деталізації сутності поняття психосоматичного захворювання пов'язане з різноманітністю етіологічних факторів, на яких наголошують окремі дослідники цього питання.

Результати теоретичного аналізу окресленої проблематики дають змогу стверджувати, що у науковій літературі вчені, звертаючись до етіології цього явища, вказують на наявність біологічних, психологічних схильностей і впливу навколишнього середовища.

В контексті вивчення біологічних детермінант психосоматичних порушень дослідники, насамперед, звертають увагу на генетичні фактори (чутливість, слабкість певних органів), а також стать пацієнта і властивості нервової системи, що визначають індивідуальну сприйнятливості до стресу.

Зі спектру факторів навколишнього середовища у центрі наукових інтересів знаходиться стрес та характеристика реакцій на критичні (травматичні) події з подальшим описом стратегій подолання, що застосовуються у таких ситуаціях.

Звертаючись до стресу як психосоматичного фактору ризику, слід брати до уваги широкий спектр його психологічних аспектів, таких як:

- характеристики стресової ситуації (сила, повторюваність, рівень небезпеки для життя);
- зв'язок (реальний або символічний) з негативним досвідом раннього дитинства;
- зв'язок з ієрархією цінностей, цілями і сенсом життя індивіда;
- характеристики стилю реагування на стрес, зокрема, сприйнятливність до певного типу стресу, емоційні та вегетативно-соматичні патерни реагування.

Можна припустити, що психосоматичний ризик пов'язаний з недостатньою здатністю особистості до оптимальної оборонної мобілізації, дисфункціональністю стилю та неадекватністю стратегій подолання.

До психолого-середовищних чинників психосоматичного ризику належать труднощі, що зумовлюються несприятливою психологічною сімейною атмосферою:

- порушення переживання тіла та тілесного Я;
- формування дисфункціональних патернів прив'язаності, що зберігаються у дорослому віці;
- функціонування адаптивно-захисних патернів особистості та поведінки дорослої людини.

Цікавими в окресленому контексті є виокремлені науковцями (Denolett, 2005; Juczyński, Ogińska-Bulik, 2004) три поведінкові моделі (А, С і D) особистості, які складають підґрунтя для розвитку психосоматичних порушень.

Когнітивну основу моделі типу А складають три ключові переконання індивіда:

- потрібно постійно контролювати та перевіряти себе;
- не існує універсальних моральних принципів;
- всіх засобів, які є в розпорядженні людини, недостатньо для досягнення

поставлених цілей.

Вказана модель відображає спосіб регуляції відносин особистості з навколишнім середовищем, в основі якого лежить підвищена потреба в досягненнях, пов'язана зі схильністю до домінування та агресивністю. Окрім цього, така особистість характеризується надмірно конкурентною поведінкою, зосередженістю на життєвих досягненнях, агресивністю відчуттям дефіциту часу, поспішністю в поведінці та мовленні (вибуховий спосіб говорити), збудливістю, пильністю та надмірною відповідальністю (Włodarczyk, Wrześniewski, 1998).

Поведінкова модель типу С є серйозним психосоматичним фактором ризику, що був описаний у контексті досліджень особистості онкологічних хворих як чинник, що знижує імунну резистентність і, таким чином, сприяє розвитку онкологічних захворювань (Dolińska-Zygmunt, 1996), ревматичних, шлунково-кишкових, остеопоротичних порушень (Kubacka-Jasiecka, 2012).

Найхарактерніші риси для таких осіб - це придушення негативних емоцій, особливо гніву, тривоги та агресії, а також відсутність здатності конструктивно справлятися зі стресом. Крім того, у людей з патерном типу С спостерігається низька самооцінка, відсутність самоприйняття, сильний зв'язок з життям і функціями самообслуговування Я.

Патерн типу D (дистресована особистість) був описаний Ж. Деноллет (Denollet, 2005). Він складається з двох основних вимірів, які є відносно стійкими рисами особистості:

- негативна емоційність - виникнення сильних негативних емоцій, зокрема, страху, гніву, агресії, роздратування;
- гальмівні процеси, що проявляються в соціальному гальмуванні.

Люди типу D, зазвичай, є унікаючими труднощів і небезпек соціальних стосунків, утримуються від вираження негативних почуттів і поведінки. Це цілком усвідомлено і відбувається в соціальних ситуаціях - продиктовано страхом соціального несхвалення і відторгнення.

Для таких осіб характерні низьке відчуття безпеки, низька самооцінка, схильність до тривоги, песимізм, депресивне ставлення до життя і слабкі зв'язки з іншими людьми; спостерігається також схильність до самозвинувачення (Ogińska-Bulik, 2004).

Люди типу D демонструють значно вищу інтенсивність симптомів стресу, пережитого в результаті переживання травматичної ситуації, що проявляється насамперед у надмірному збудженні і повторюваних образах травми, а також, хоча і в дещо меншій мірі, в уникненні думок і емоцій, пов'язаних з травматичними подіями.

Як зазначалось раніше, значна роль в етіології психосоматичних захворювань належить здатності долати стресові ситуації. Відтак, розглянемо охарактеризовані патерни саме з позиції можливих реакцій на стресові чинники:

1. Мобілізуюча реакція (фаза тривоги і настороженості) характеризується тривогою, страхом гнівом і ворожістю, сильною оборонною позицією. Вона притаманна для осіб із поведінки типу А.

2. Демобілізуюча реакція (скасовані, призупинені біологічні механізми настороженості і активності організму) проявляється покірністю, почуттям безпорадності, безнадійності і депресивними станами. Властива преставникам типу С.

3. Особлива сприйнятливність до стресу, що викликає сильні негативні емоції з тенденцією до їх свідомого контролю та гальмування і є характерною для типу D.

Отже, психосоматичні порушення, що виникають внаслідок взаємодії між психікою та тілом, є ключовим напрямком сучасних медичних та психологічних досліджень. Зростаючий темп життя та хронічний стрес збільшують їх поширеність, підкреслюючи важливість міждисциплінарного підходу до цієї проблеми.

Історія досліджень психосоматики вказує на фундаментальну роль емоцій та психічних конфліктів у формуванні фізичного здоров'я. Сучасні

концепції надають цінні інструменти для кращого розуміння психосоматичних механізмів.

Інтеграція знань з психології, медицини та терапії дозволяє більш ефективно діагностувати та лікувати психосоматичні розлади. Подальші дослідження в цій галузі необхідні для розробки комплексних терапевтичних стратегій і поліпшення якості життя пацієнтів.

РОЗДІЛ II

ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ У ОСІБ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ СКАРГАМИ

2.1. Логіка й організація емпіричного дослідження

З огляду на попередній теоретичний аналіз сутності феномену перфекціонізму та явища психосоматики, нами було сплановане емпіричне дослідження, що включило 3 послідовні етапи.

Перший етап передбачав діагностику у респондентів загального рівня схильності до психосоматичних скарг, а також ступеня вираженості окремих типів соматичних симптомів за допомогою Гіссенського опитувальника соматичних скарг.

На другому етапі було здійснено кореляційний аналіз з метою визначення особливостей взаємозв'язку психосоматичних порушень досліджуваних як із загальним рівнем їх схильності до прояву перфекціонізму, так і мірою прояву його окремих тенденцій. З цією метою застосовано Багатовимірну шкалу перфекціонізму П. Хьюїтта та Г.Флетта і «Багатовимірну шкалу перфекціонізму» Р. Фроста.

На третьому етапі подальше поглиблення уявлень щодо окресленої нами теми дослідження передбачало вивчення особливостей взаємозв'язку нормального та патологічного типів перфекціонізму зі схильністю опитаних до психосоматичних порушень. Відтак, для вивчення амбівалентного характеру перфекціонізму була використана Переглянута шкала перфекціонізму Р. Слені.

Вибірку емпіричного дослідження склали 63 особи, мешканці міста Луцька, віком від 21 до 50 років, серед яких було 75 % жінок і 25 % чоловіків. Формування переліку респондентів здійснено з дотриманням основних вимог відповідності предмету та основним завданням дослідження.

Опитування проведено онлайн на платформі Google Forms. Учасники були проінформовані про можливі ризики дослідження та підтвердили свою добровільну згоду перед проходженням опитування.

Охарактеризуємо діагностичний інструментарій, що використовувався для досягнення сформульованих нами дослідницьких цілей детальніше.

Гіссенський опитувальник соматичних скарг (Brähler et. all., 2008) - це діагностичний інструмент для оцінки суб'єктивного переживання фізичних скарг у різних соматичних сферах. Опитувальник складається з 24 питань, які стосуються частоти виникнення певних соматичних симптомів за останні кілька тижнів.

Він включає 4 основні шкали, кожна з яких вимірює вираженість симптомів у певній сфері:

1. Виснаження - оцінює втому, брак енергії та відчуття загальної слабкості.
2. Шлункові скарги - стосується скарг на травлення, таких як біль у животі, розлад травлення або проблеми зі шлунком.
3. Серцеві скарги - включає симптоми, пов'язані з серцево-судинною системою, такі як прискорене серцебиття або біль у грудях.
4. Ревматичні скарги - вимірює частоту м'язового болю, болю в суглобах та інших ревматичних скарг.

Кожна шкала містить 6 питань, на які респондент відповідає за 5-бальною шкалою Лайкерта, де:

- 1 - ніколи,
- 2 - рідко
- 3 - іноді
- 4 - часто
- 5 - дуже часто.

Шкала багатовимірної перфекції П. Хьюїтта і Дж. Флетта - це психометричний інструмент, що використовується для вимірювання різних

аспектів перфекціонізму, які відображають як внутрішні, так і зовнішні джерела вимог до себе.

Шкала складається з 45 тверджень, розділених на три основні виміри:

1. Перфекціонізм, орієнтований на себе - вимірює схильність ставити перед собою високі очікування і прагнути до досконалості у досягненні власних цілей.

2. Перфекціонізм, орієнтований на інших - оцінює очікування оточення, включаючи вимоги до інших, наприклад, колег.

3. Соціально-приписаний перфекціонізм - стосується віри в те, що інші люди очікують від індивіда досконалості, що призводить до зовнішнього тиску і страху невдачі.

Кожен вимір містить 15 тверджень, на які респондент відповідає за 7-бальною шкалою Лайкерта, де, 1 - категорично не згоден, а 7 - повністю згоден.

Багатовимірна шкала перфекціонізму Р. Фроста - це психологічний інструмент, призначений для вимірювання різних аспектів перфекціонізму. Шкала оцінює ключові виміри явища, відображаючи як внутрішні, так і зовнішні джерела перфекціонізму, а також їх потенційний вплив на функціонування особистості.

Опитувальник включає 35 тверджень, які вимірюють шість ключових вимірів перфекціонізму:

1. Занепокоєння помилками помилок - стосується надмірного страху невдач та негативної інтерпретації навіть незначних помилок.

2. Високі особисті стандарти - оцінює схильність ставити до себе дуже високі вимоги та очікування.

3. Сумніви щодо дій - вказує на невпевненість у власних рішеннях і діях.

4. Батьківські очікування - вимірює сприйняття високих вимог з боку батьків.

5. Батьківська критика - стосується суб'єктивного відчуття негативної оцінки та критики з боку батьків.

6. Організованість - оцінює схильність до підтримання порядку та ретельності у діяльності.

Респондент відповідає на кожне твердження за 5-бальною шкалою Лайкерта, де, 1 - категорично не згоден, а 5 - повністю згоден.

Переглянута шкала перфекціонізму Р. Слені - дозволяє дослідити як конструктивні, так і деструктивні моделі поведінки, що супроводжують прагнення до досконалості.

Інструмент вимірює два основні виміри перфекціонізму:

Адаптивний перфекціонізм - стосується реалістичного цілепокладання, мотивації до саморозвитку та здатності бути гнучким у власній діяльності. Це форма перфекціонізму, яка сприяє психологічній рівновазі та позитивно впливає на функціонування особистості.

Деадаптивний перфекціонізм - передбачає надмірну самокритику, нереалістично високі стандарти та хронічну незадоволеність результатами роботи. Ця форма перфекціонізму пов'язана з підвищеним рівнем стресу, фрустрації та підвищеним ризиком психологічних і соматичних проблем.

Опитувальник охоплює 23 твердження, згоду з кожним з них досліджуваній має оцінити за 5-бальною шкалою від 1 - категорично не згоден до 5 - повністю згоден.

2.2. Особливості взаємозв'язку перфекціонізму та його проявів із психосоматичними скаргами особистості

Перший етап емпіричного дослідження полягав у здійсненні розподілу респондентів на групи відповідно до рівня прояву психосоматичних скарг. З цією метою було використано Гіссенський опитувальник соматичних скарг, спрямований на оцінку інтенсивності емоційно забарвлених реакцій досліджуваних з приводу погіршення власного фізичного стану.

Отримані результати представлені на рисунку 2.1.

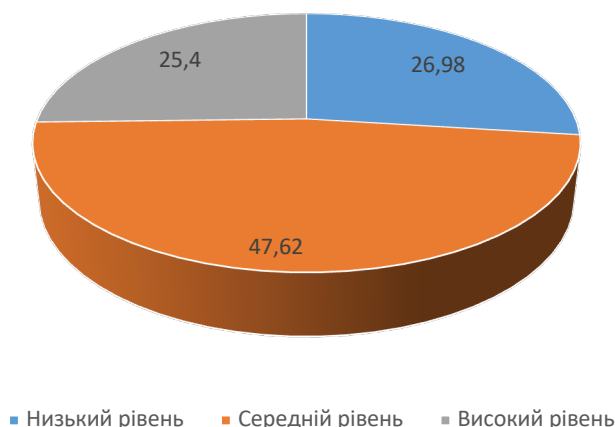


Рис. 2.1. Відсотковий розподіл респондентів відповідно до рівня прояву психосоматичних скарг

Як видно з отриманих даних, показники найбільшої відсоткової частки досліджуваних (47,62 %) розмістились у діапазоні середніх значень, що вказує на помірний рівень дискомфорту, пов'язаний із больовими відчуттями у тілі. Однак, вказаний факт, все ж може свідчити про систематичний вплив певних деструктивних чинників (наприклад, стрес, умови праці, спосіб життя) на фізичний стан людини. Низький рівень за діагностованою ознакою властивий 26,98 % респондентів. Водночас особливої уваги заслуговує те, що суттєва частка осіб (25,4 %) характеризується високим рівнем психосоматичних скарг, що є критичним показником, адже засвідчує наявність ризику розвитку хронічних захворювань.

Середні показники за шкалами методики, які відображають рівень прояву різних типів соматичних скарг у вибірці відображено на рисунку 2.2.

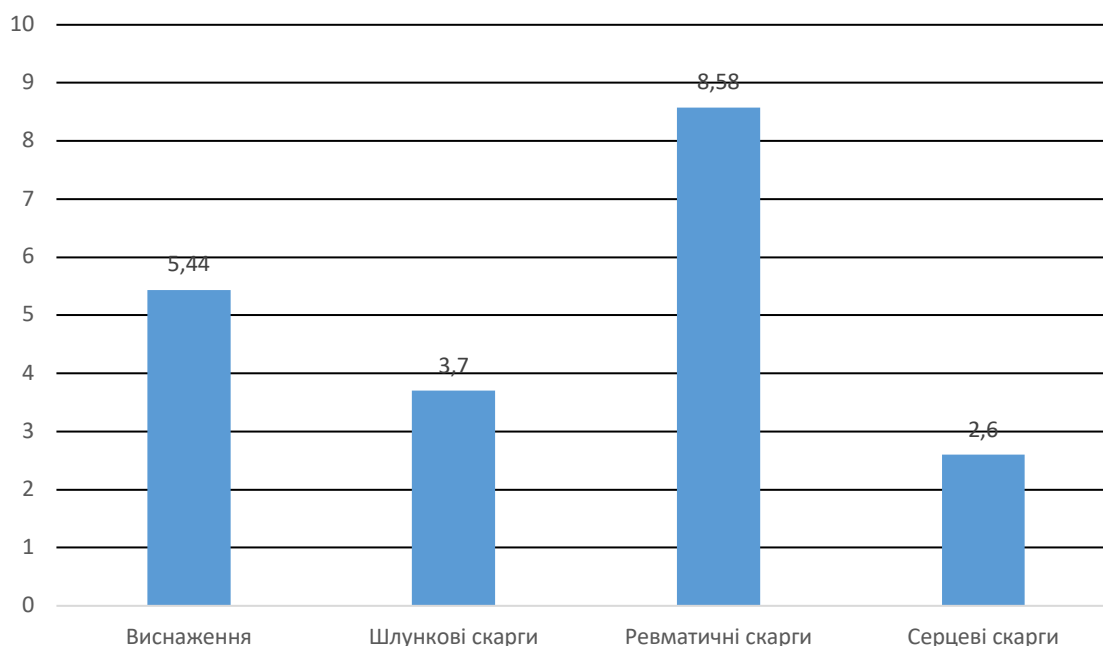


Рис. 2.3. Середні показники прояву різних типів психосоматичних скарг

Найвищий показник (8,58) було зафіксовано за шкалою «Ревматичні скарги», що вказує на наявність больових відчуттів у суглобах, кістках та м'язах, які значною мірою впливають на фізичну активність людини. Досить яскраво (3,7) у респондентів вибірки виражається виснаження, що передбачає дефіцит енергетичних ресурсів, втому. Показник за шкалою «Шлункові скарги» характеризується середнім рівнем (3,7) прояву, що може детермінуватись як впливом стресових чинників, так і харчовими проблемами. Найнижчий показник (2,6) отримано за параметром серцевих скарг, що свідчить про рідкісні прояви таких симптомів, хоча, з огляду на їх специфіку, вони всеодно потребують подальшого вивчення і особливої уваги.

Наступний етап нашого наукового пошуку передбачав визначення особливостей прояву перфекціонізму та його вимірів у осіб із різним рівнем схильності до психосоматичних скарг.

Результати вивчення вказаного аспекту у осіб із високим рівнем прояву психосоматичних скарг представлено на рисунку 2.4.

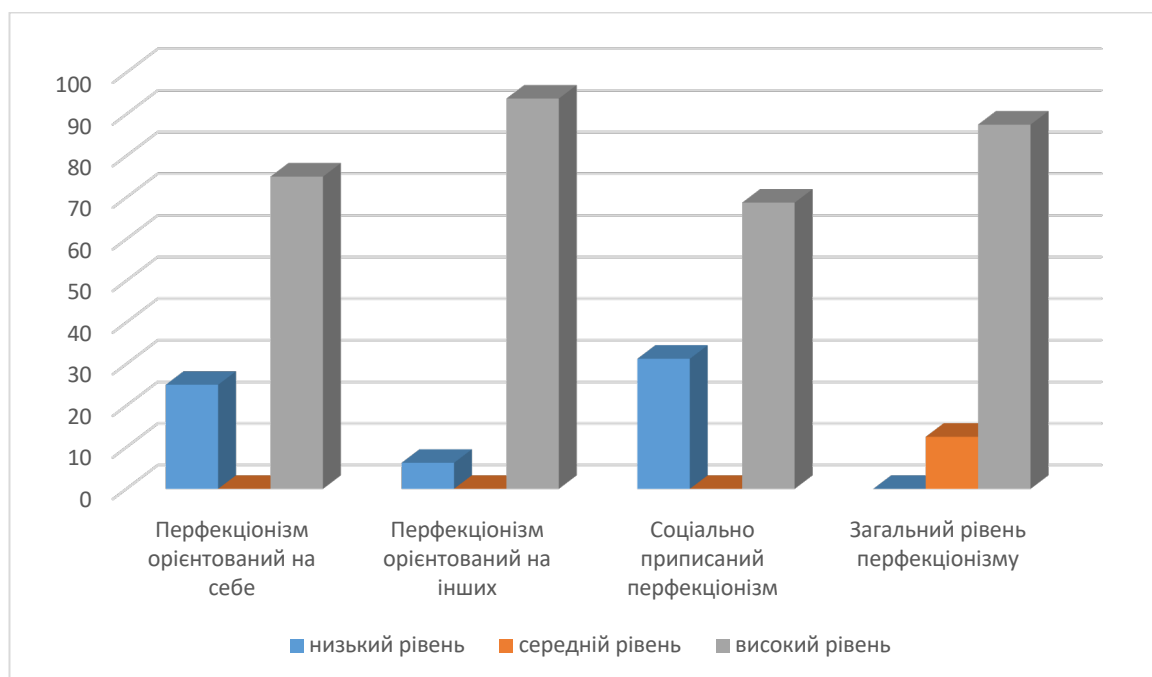


Рис. 2.4. Змістове навантаження конструкту перфекціонізму у осіб із високим рівнем прояву психосоматичних скарг

Отже, у представників вказаної вибірки за усіма діагностованими вимірами перфекціонізму переважають високі показники. Так, 75 % осіб виражають яскраву схильність до перфекціонізму орієнтованого на себе, що вказує на вимогливість до власної особистості, яка може провокувати надмірне перевантаження і, як наслідок, виснаження. Відзначимо, що респонденти цієї групи демонструють надто високі вимоги та очікування не лише по відношенню до себе, а й оточуючих, адже для 93,75% осіб властивий високий рівень перфекціонізму орієнтованого на інших. Водночас 68,75% досліджуваних отримали високі бали за виміром соціально приписаного перфекціонізму, що свідчить про відчуття ними сильного тиску з боку соціального оточення, що може детермінувати тривожність і невдоволеність собою. 87,5% осіб характерний високий рівень за інтегральним показником досліджуваного параметру, що вказує на глибоку інтеграцію перфекціоністських тенденцій у їхнє життя.

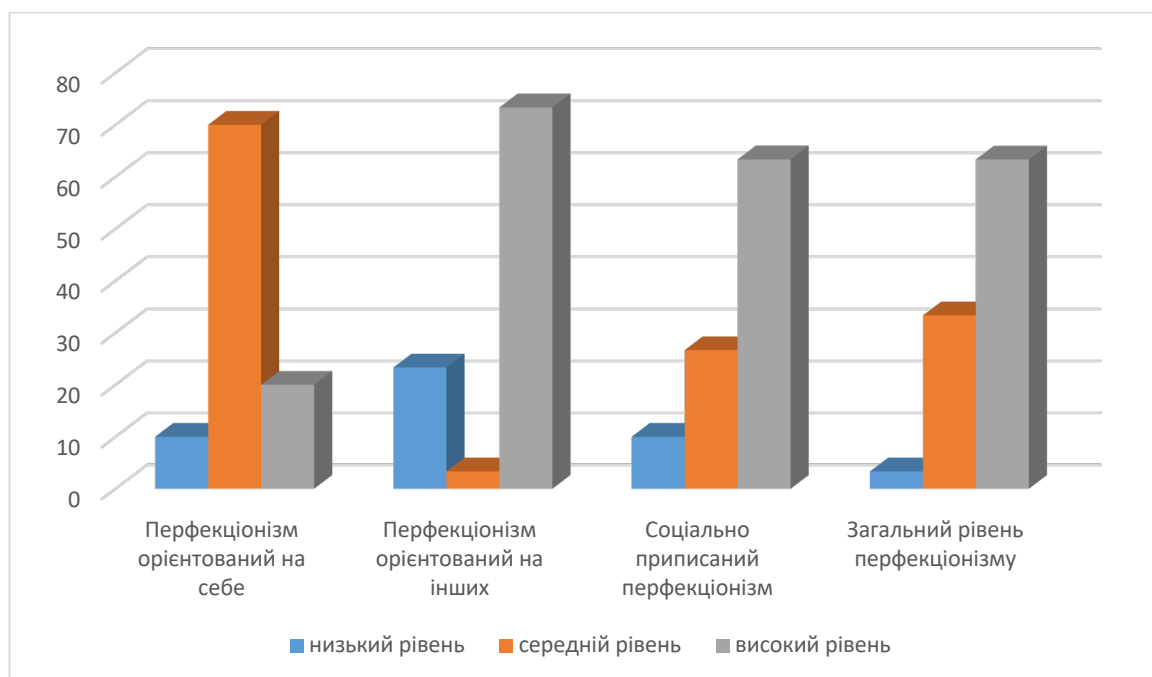


Рис. 2.5. Змістове навантаження конструкту перфекціонізму у осіб із середнім рівнем прояву психосоматичних скарг

У осіб із середнім рівнем психосоматичних скарг (див. рис. 2.5.) спостерігається помітний прояв різних аспектів перфекціонізму. Найчастіше для респондентів (перфекціонізм орієнтований на себе – 70 %) притаманна помірна самокритичність. Водночас найбільша частка досліджуваних за шкалою «Перфекціонізм орієнтований на інших» демонструє високі показники, що свідчить про їх вимогливість до оточуючих, яка може створювати напругу у міжособистісних стосунках. При цьому 63,34 % осіб відчуває сильний тиск соціальних очікувань. Найбільша відсоткова частка (63,33%) опитуваних схильна проявляти високий рівень загального індексу діагностованої властивості.

Дані, отримані під час вивчення вибірки респондентів із не яскраво вираженими психосоматичними скаргами представлено на рисунку 2.6.

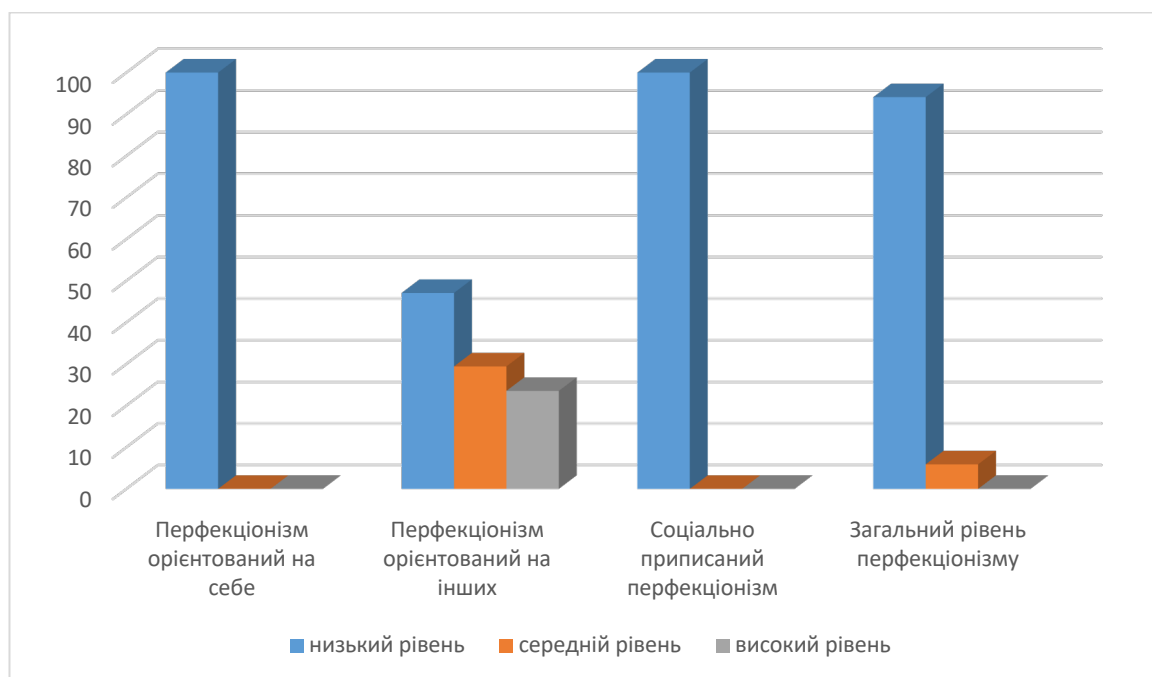


Рис. 2.6. Змістове навантаження конструкту перфекціонізму у осіб із низьким рівнем прояву психосоматичних скарг

Як видно з отриманих результатів, для 100 % досліджуваних характерний низький рівень перфекціонізму орієнтованого на себе, що на нашу думку, може сприяти емоційній стабільності особистості, а, відтак, попереджати виникнення психосоматичних порушень. Про конструктивність у взаєминах з соціальним оточенням та толерантність до нього вказує те, що за шкалою «Перфекціонізм орієнтований на інших» низькі показники демонструють 47,06% осіб, середній рівень зафіксовано у 29,41% респондентів, а високий рівень лише у 23,53%. Усі 100 % досліджуваних виявились не схильними до соціально приписаного перфекціонізму. І загалом у більшості досліджуваних інтегральний показник перфекціонізму є низьким, що на наш погляд, сприяє психологічному благополуччю, зниженню рівня впливу стресогенних чинників.

Важливим етапом емпіричного дослідження було встановлення особливостей взаємозв'язку різних вимірів психосоматичних скарг та перфекціонізму, що здійснено за допомогою коефіцієнту кореляції Пірсона (див. табл. 2.1.).

Таблиця 2.1

Кореляційні зв'язки між параметрами психосоматичних скарг та перфекціонізму досліджуваних

	Виснажен ня	Шлункові скарги	Серцеві скарги	Ревматичні скарги	Загальний рівень скарг
Перфекціонізм орієнтований на себе		0,295*	0,575**	0,564**	0,573**
Перфекціонізм орієнтований на інших					
Соціально приписаний перфекціонізм	0,370**	0,501**	0,600**	0,497**	0,724**
Загальний рівень перфекціонізму	0,297**	0,558**	0,664**	0,603**	0,736**

Примітка. ** $p < 0,01$.

У таблиці представлено лише значущі показники.

Як видно з отриманих даних, ряд значущих взаємозв'язків було зафіксовано між перфекціонізмом орієнтованим на себе та різними типами психосоматичних скарг. Так, його слабка але значуща кореляція зі шлунковими скаргами ($r = 0,295$, $p < 0,01$) свідчить про те, що людина із завищеними вимогами до власної особистості може відчувати емоційне напруження, яке негативно впливає на її травну систему. Дещо тісніший взаємозв'язок цього параметру прослідковується із кардіологічними ($r = 0,575$, $p < 0,01$) та ревматичними симптомами ($r = 0,564$, $p < 0,01$). Відтак, припускаємо, що надмірна самокритичність, що призводить до хронічного стресу, збільшує

ризик соматичних розладів, таких як біль у суглобах і відчуття перенапруження серцево-судинної системи. З огляду на представлені дані, вважаємо закономірною, виявлену кореляцію цього типу перфекціонізму із загальним рівнем фізичного нездужання респондентів.

Найбільш тісний кореляційний зв'язок соціально приписаного перфекціонізму виявлено із загальним рівнем скарг ($r = 0,724$, $p < 0,01$), відтак, можемо стверджувати, що соціальний тиск і очікування оточення є одними з ключових факторів, які сприяють виникненню соматичних симптомів. Люди, які відчувають себе зобов'язаними відповідати чужим стандартам, особливо вразливі до широкого спектру фізичних скарг.

Також фіксуємо, що при зростанні схильності до соціально приписаного перфекціонізму значно підвищується і ризик серцево-судинних захворювань ($r = 0,600$, $p < 0,01$), що може бути пов'язано з високим рівнем стресу, який викликає прискорене серцебиття, гіпертонію.

Взаємозв'язок цього виміру спостерігається і зі шкалами «Шлункові скарги» та «Ревматичні скарги». Це свідчить про те, що соціальний тиск може негативно впливати на функцію травлення, а також викликати болі у м'язах та кістках.

Кореляція з виснаженням ($r = 0,370$, $p < 0,01$) є слабкою, але значущою, що вказує на те, що зовнішні очікування можуть призводити до психічної та фізичної втоми. Люди з високим рівнем цього типу перфекціонізму можуть відчувати постійний стрес через необхідність відповідати чужим стандартам, що сприяє загальному зниженню енергії.

Загальний рівень перфекціонізму демонструє значні кореляції з різними психосоматичними симптомами. Найсильніші кореляції спостерігаються із загальним рівнем скарг ($r = 0,736$, $p < 0,01$) та кардіологічними скаргами ($r = 0,664$, $p < 0,01$), що вказує на ключовий вплив перфекціонізму на серцево-судинне здоров'я та широкий спектр соматичних скарг. Помірні кореляції зі скаргами на шлунок ($r = 0,558$, $p < 0,01$) та ревматичними скаргами ($r = 0,603$, $p < 0,01$) свідчать про те, що стрес від перфекціонізму негативно впливає на

травну та кістково-м'язову системи. Слабший зв'язок з виснаженням ($r = 0,297$, $p < 0,01$) вказує на те, що втома менше пов'язана з перфекціонізмом, хоча і може бути наслідком тривалого напруження. Дані підкреслюють, що загальний перфекціонізм значно підвищує ризик виникнення психосоматичних симптомів.

З метою деталізації уявлень про особливості взаємозв'язку соматичних скарг особистості та її схильності до перфекціонізму було використано «Багатовимірну шкалу перфекціонізму» Р. Фроста (див. табл. 2.2.)

Таблиця 2.2

Кореляційні зв'язки між параметрами психосоматичних скарг та аспектами перфекціонізму

	Виснажен ня	Шлункові скарги	Серцеві скарги	Ревматичні скарги	Загальний рівень скарг
Занепокоєність помилками					
Особистісні стандарти		0,401**	0,451**	0,383**	0,491**
Батьківські очікування		0,378**	0,448**	0,462**	0,506**
Батьківська критика		0,384**	0,434**	0,465**	0,505**
Сумніви у власний діях					
Організованість					

Примітка. ** $p < 0,01$.

У таблиці представлено лише значущі показники.

Отже, шкала «Шлункові скарги» має помірну позитивну кореляцією з різними вимірами перфекціонізму, що вказує на їх значний вплив на роботу травної системи. Зокрема, можемо констатувати, що болі та дискомфорт у травній системі виникають у осіб, які характеризуються надмірно високими стандартами щодо себе ($r = 0,401$, $p < 0,01$) та, окрім цього, сприймають власних батьків, як таких, що висуюають надто високі очікування щодо них ($r = 0,378$, $p < 0,01$). Водночас, спостерігаємо, що соматизація стресу у травній системі посилюється, коли індивід оцінює власних батьків як критичних ($r = 0,384$, $p < 0,01$). Отже, дані свідчать про те, що як внутрішні, так і зовнішні джерела перфекціонізму сприяють виникненню проблем зі шлунково-кишковим трактом, відтак, вважаємо, зниження тиску та покращення стосунків у сім'ї може значно полегшити ці симптоми.

Взаємозв'язок вище перерахованих аспектів перфекціонізму («Особистісні стандарти» - $r = 0,451$, $p < 0,01$; «Батьківські очікування» - $r = 0,448$, $p < 0,01$; «Батьківська критика» - $r = 0,434$, $p < 0,01$) виявлено і з серцевими скаргами респондентів. Отже, можемо припустити, що високі очікування від себе детермінують хронічний емоційне напруження, яке може супроводжуватись виникненням прискореного серцебиття, підвищеного артеріального тиску або інших серцево-судинних симптомів. Відчуття тиску, критики зі сторони та бажання відповідати їх очікуванням також відіграють роль стресогенного чинника, який зумовлює виникнення серцево-судинних порушень.

Грунтуючись на отриманих результатах, можемо стверджувати, що зростання рівня прояву вище описаних вимірів перфекціонізму супроводжується посиленням вираженості і ревматичних болей у досліджуваних («Особистісні стандарти» - $r = 0,383$, $p < 0,01$; «Батьківські очікування» - $r = 0,462$, $p < 0,01$; «Батьківська критика» - $r = 0,465$, $p < 0,01$).

Отже, представлені дані свідчать про те, що як внутрішні, так і зовнішні джерела перфекціонізму можуть впливати на фізичне здоров'я, призводячи до посилення соматичних симптомів. У контексті зростання кількості людей, які

відчувають проблеми, пов'язані з хронічним стресом та його впливом на здоров'я, аналіз цих взаємозв'язків набуває особливої актуальності для більш ефективного вирішення цих проблем та сприяння психофізичному благополуччю.

2.3. Вивчення особливостей взаємозв'язку адаптивного та дезадаптивного перфекціонізму з рівнем прояву психосоматичних скарг особистості

Перфекціонізм давно цікавив дослідників, спочатку переважно в клінічному контексті, де він розглядався як потенційний розлад, пов'язаний з надмірним стресом та емоційним напруженням. Вважалося, що перфекціоністи ставлять перед собою нереалістично високі очікування, які часто перевищують їхні можливості, що призводить до постійної незадоволеності власною ефективністю та психофізичного виснаження. З розвитком досліджень цей феномен почали розглядати як більш складний конструкт, що охоплює як позитивні, так і негативні аспекти.

Сучасні підходи вказують на те, що перфекціонізм може проявлятися у двох різних формах: адаптивній, яка сприяє досягненню цілей і мотивує до розвитку, і дезадаптивній, що включає надмірну критику, фрустрацію і стрес. Ці два виміри відрізняються не лише за своїми характеристиками, але й за впливом на функціонування особистості. Адаптивний перфекціонізм допомагає людині ефективно функціонувати, тоді як неадаптивний перфекціонізм часто стає причиною психологічних і соматичних проблем, таких як хронічний стрес, втома або різні фізичні недуги.

Розуміння того, як різні форми перфекціонізму впливають на соматичне здоров'я, має важливе значення для повнішого розуміння механізмів, що лежать в його основі.

Відтак, на наступному етапі дослідження було застосовано Переглянуту шкалу перфекціонізму Р. Слені, з метою подальшого проведення

кореляційного аналізу між різними типами перфекціонізму та інтенсивністю соматичних скарг особистості (див. табл. 2.3.)

Таблиця 2.3

Кореляційні зв'язки між параметрами психосоматичних скарг та адаптивним і неадаптивним перфекціонізмом

	Виснаження	Шлункові скарги	Серцеві скарги	Ревматичні скарги	Загальний рівень скарг
Адаптивний перфекціонізм					
Деадаптивний перфекціонізм	0,405**	0,443**	0,611**	0,525**	0,673**

Примітка. ** $p < 0,01$.

У таблиці представлено лише значущі показники.

Грунтуючись на отриманих даних, можемо констатувати наявність взаємозв'язку дезадаптивного типу перфекціонізму з усіма проявами діагностованих психосоматичних скарг.

Шкала «Виснаження» ($r = 0,405$, $p < 0,01$) помірно корелює з дезадаптивним перфекціонізмом, вказуючи на те, що надмірна самокритика та нереалістичні стандарти сприяють хронічній втомі.

Зафіксований прямий взаємозв'язок показників рівня шлункових скарг ($r = 0,443$, $p < 0,01$) зі вказаним діагностичним параметром, може бути пов'язаний із соматизацією стресу і хронічним напруженням.

Серцеві скарги ($r = 0,611$, $p < 0,01$) характеризуються найбільш тісною кореляцією з дезадаптивним перфекціонізмом, підкреслюючи, що стрес від прагнення до нездійснених цілей суттєво впливає на серцево-судинну систему, викликаючи такі симптоми, як прискорене серцебиття і підвищений артеріальний тиск.

Ревматичні скарги ($r = 0,525$, $p < 0,01$) також тісно корелюють з цим діагностичним критерієм, вказуючи на вплив стресу на м'язову напругу та біль у суглобах.

Загальний рівень скарг ($r = 0,673$, $p < 0,01$) сягнув найвищої кореляції, що свідчить про системний вплив дезадаптивного перфекціонізму на фізичне здоров'я. Ці результати вказують на те, що цей тип перфекціонізму є значним фактором ризику розвитку психосоматичних скарг, підкреслюючи необхідність працювати над зменшенням негативних патернів та ефективним управлінням стресом.

Натомість, відсутність кореляції між адаптивним перфекціонізмом і соматичними симптомами можна пояснити його конструктивною природою. Особи з адаптивним перфекціонізмом характеризуються реалістичним підходом до цілей, краще справляються зі стресом і мають більш здорові емоційні стратегії. Такий підхід мінімізує ризик соматизації та має захисний ефект, зменшуючи негативний вплив стресу на фізичне здоров'я. Як наслідок, цей тип перфекціонізму сприяє психофізичному балансу, що пояснює відсутність значущих кореляцій.

Отже, результати емпіричного дослідження підтвердило значні кореляційні зв'язки між перфекціонізмом та різноманітними психосоматичними скаргами, що свідчить про його негативний вплив на фізичне та психічне здоров'я. Отримані дані є особливо актуальними в контексті зростання кількості людей, які стикаються з проблемами, пов'язаними з хронічним стресом та його наслідками для здоров'я. Аналіз впливу різних форм перфекціонізму на соматичне здоров'я дозволяє краще зрозуміти механізми, що лежать в основі цих труднощів. Ці висновки можуть слугувати основою для розробки більш ефективних стратегій профілактики та психологічних втручань, які допоможуть зменшити негативний вплив перфекціонізму, одночасно сприяючи здоровому підходу до власних очікувань та соціальних стосунків. Таким чином, це дослідження сприяє зміцненню психічного та фізичного благополуччя.

ВИСНОВКИ

1. Перфекціонізм як складний психологічний феномен привертає все більшу увагу дослідників через його комплексний вплив на життя особистості. Класичні теорії, такі як концепції З. Фрейда, А. Адлера та К. Хорні, хоч і не використовували поняття «перфекціонізм», але детально описували вказаний феномен. Поняття внутрішніх стандартів і прагнення до ідеалу може мати як мотивуючу, так і деструктивну функцію, залежно від контексту та інтенсивності цих рис. Сучасні моделі, зокрема Р. Фроста, П. Хьюїтта та Дж. Флетта, вказують на багатовимірність перфекціонізму, включаючи внутрішні стандарти, очікування оточуючих і соціальний тиск. Дослідження показують, що адаптивні форми перфекціонізму можуть мотивувати і сприяти підвищенню продуктивності, тоді як дезадаптивні форми пов'язані з підвищеним ризиком емоційних і соматичних проблем, таких як тривога, депресія або хронічні фізичні недуги.

Розуміння цих механізмів та їхнього впливу на здоров'я і функціонування дозволяє не лише діагностувати проблеми, пов'язані з перфекціонізмом, а й розробляти ефективні терапевтичні та профілактичні стратегії, які підтримують психічне і фізичне благополуччя людини.

2. Психосоматичні розлади, що є результатом складної взаємодії між психікою та тілом, є ключовим напрямком досліджень у сучасній психології та медицині. Психоаналітичні теорії З. Фрейда та концепції Ф. Александера підкреслюють важливість несвідомих конфліктів і захисних механізмів у розвитку психосоматичних розладів. Моделі особистості типів А, С і D вказують на поведінкові патерни та риси особистості, які можуть підвищувати схильність до соматизації. На противагу цьому, теорія стресу Г. Сельє та дослідження алекситимії П. Сіфнеоса демонструють, як надмірне емоційне напруження і труднощі з розпізнаванням емоцій сприяють виникненню фізичних симптомів.

Біологічні фактори, такі як генетична схильність, властивості нервової системи та індивідуальна чутливість до стресу, також впливають на етіологію цих розладів. Важливу роль відіграють фактори навколишнього середовища, зокрема стиль виховання, сімейний клімат або соціальний тиск.

3. Результати дослідження підтвердили значущий взаємозв'язок між різними аспектами перфекціонізму та психосоматичними скаргами, що вказує на суттєвий вплив психологічних факторів на фізичне здоров'я. Зокрема, виявлено, що перфекціонізм, орієнтований на себе, має помірні кореляції з кардіологічними, ревматичними та шлунковими скаргами, підкреслюючи роль надмірної самокритичності й завищених вимог до себе як чинників хронічного стресу та соматичних порушень.

Соціально приписаний перфекціонізм продемонстрував найсильніші кореляції з загальним рівнем скарг і серцево-судинними симптомами, що свідчить про високий вплив соціального тиску та очікувань оточення. Крім того, цей аспект перфекціонізму пов'язаний із шлунковими та ревматичними скаргами, підкреслюючи, що зовнішній тиск негативно впливає на травну систему та викликає м'язово-скелетний дискомфорт.

4. Дослідження підтвердило суттєвий вплив дезадаптивного перфекціонізму на психосоматичні скарги, зокрема на виснаження, шлункові, серцеві та ревматичні симптоми, а також загальний рівень фізичних скарг. Найвищий рівень кореляції підкреслює системний характер негативного впливу цього типу перфекціонізму на здоров'я. Водночас, адаптивний перфекціонізм, завдяки своєму конструктивному характеру, не демонструє зв'язку з психосоматичними симптомами, підтверджуючи його роль у підтримці психофізичного балансу та зниженні ризику соматизації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Авраменко, А. (2022). Теоретико-психологічний аналіз моделей перфекціонізму. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*, 2(58), 29–40. <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2022-58-2-29-40>
2. Бабчук, М. (2022). Перфекціонізм як психологічний феномен. *Перспективи та інновації науки*, 10(15), 369–377.
3. Бамбурак, Н. (2019). Концептуальні орієнтири дослідження проблеми психосоматичних розладів. *Збірник наукових праць Національної академії державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки*, 3, 5–17.
4. Горяча, Т. С. (2009). До питання про підходи до проблеми психосоматичної єдності особистості. *Наука і освіта*, 4, 12–16.
5. Гуляс, І. А. (2012). Перфекціонізм: історично-світоглядні аспекти. *Наука і освіта: наук.-практ. журнал*, 3, 46–50.
6. Завязкіна, Н., & Ведмеденко, А. (2020). Алекситимія як чинник соматизації психологічних проблем. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*, (50), 11–30.
7. Іванова, Т. (2022). *Основи медичної психології: конспект лекцій*. Суми: Сумський державний університет.
8. Карпенко, Є. В. (2016). Перфекціонізм як джерело невротизації особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, 1(1), 30–37.
9. Колесніченко, Л. А., & Тімакова, А. В. (2017). Досвід психотерапії психосоматичних розладів. *Врачебное дело*, 7, 151–157.
10. Коломоець, М., Павлюкович, Н., Ходоровський, В., & Ткач, Є. (2008). Теорії та концепції психосоматичних захворювань. *Буковинський медичний вісник*, 12(1), 141–143.

- 11.Лесніченко, Н. (2018). Психосоматика у фокусі історії. *Харківський осінній марафон психотехнологій: матеріали наук.-практ. конф.*, 200–204.
- 12.Лоза, О. О. (2011). Моделі перфекціонізму та методики його діагностики. *Вісник Дніпропетровського університету економіки та права імені Альфреда Нобеля. Серія «Педагогіка і психологія»*, 1(1), 122–125.
- 13.Лоза, О. О. (2015). Особливості перфекціонізму як особистісної риси державних службовців. (Unpublished doctoral dissertation). К., 216 р.
- 14.Одінцова, А. М., & Одінцова, В. М. (2015). Феномен перфекціонізму особистості в руслі когнітивно-поведінкової терапії. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, 2(1), 61–64.
- 15.Середа, І. (2022). *Основи психосоматики: навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів з курсу за змішаною формою навчання*. Миколаїв: Миколаївський університет.
- 16.Турецька, Х. (2005). Теоретичні основи психосоматичного підходу. Retrieved from <https://www.yumpu.com/xx/document/read/6613218/1-psytopos>
- 17.Adkins, K., & Parker, W. (1996). Perfectionism and suicidal preoccupation. *Journal of Personality*, 64, 529–543.
- 18.Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 14, 410–429.
- 19.Damian, L. E., Stoeber, J., Negru, O., & Băban, A. (2013). On the development of perfectionism in adolescence: Perceived parental expectations predict longitudinal increases in socially prescribed perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 55(6), 688–693.
- 20.Denolett, J. (2005). DS. 14: Standard assessment of negative affectivity: Social inhibition and type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67, 89–97.

- 21.Denolett, J. (2005). DS. 14: Standard assessment of negative affectivity: Social inhibition and type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67, 89–97.
- 22.Dolińska-Zygmunt, G. (1996). Psychologiczne uwarunkowania podatności na choroby. In G. Dolińska-Zygmunt (Ed.), *Elementy psychologii zdrowia* (pp. 137–157). Wrocław: Wyd. Uniwersytet Wrocławski.
- 23.Domocus, J., & Damian, L. (2018). The role of parents and teachers in changing adolescents' perfectionism: A short-term longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 131, 244–248.
- 24.Dunn, J. G. H., Dunn, J. C., Gotwals, J. K., Vallance, J. K. H., Craft, J. M., & Syrotuik, D. G. (2006). Establishing construct validity evidence for the Sport Multidimensional Perfectionism Scale. *Psychology of Sport and Exercise*, 7, 57–79.
- 25.Frost, R., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimension of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449–468.
- 26.Hamachek, D. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15(1), 27–33.
- 27.Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1989). The Multidimensional Perfectionism Scale: Development and validation. *Canadian Psychologist*, 30, 103–109.
- 28.Hill, R. W., Huelsman, T. J., Furr, R. M., Kibler, J., Vicente, B. B., & Kennedy, C. (2004). A new measure of perfectionism: The perfectionism inventory. *Journal of Personality Assessment*, 82(1), 80–91.
- 29.Hollender, M. H. (1978). Perfectionism, a neglected personality trait. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39, 384–394.
- 30.Juczyński, Z., & Ogińska-Bulik, N. (2004). Pomiar predyspozycji osobowościowych sprzyjających etiopatogenezie chorób. In K. Kosińska-Dec & L. Szewczyk (Eds.), *Rozwój, zdrowie, choroba* (pp. 18–39). Warszawa: Wyd. BEL-Studio.
- 31.Kubacka-Jasiecka, D. (2012). Wzór zachowania typu C. Rozważania i badania nad rozwojowymi uwarunkowaniami oraz korelatami WZC. In N.

- Ogińska-Bulik & J. Miniszewska (Eds.), *Zdrowie w cyklu życia człowieka* (pp. 135-145). Łódź: Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego.
- 32.Lipowski, Z. J. (1986). Psychosomatic medicine: Past and present: I. Historical background. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 31(1), 2–7.
 - 33.Morris, L., & Lomax, C. (2014). Review: Assessment, development, and treatment of childhood perfectionism: A systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, 19, 225–234.
 - 34.Nutton, V. (2012). *Ancient Medicine* (2nd ed.). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203081297>
 - 35.Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(10), 879–903.
 - 36.Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773–791.
 - 37.Sheleg, L. (2013). History doctrine of psychosomatic disorders and psychosomatic diseases. *Юридична психологія та педагогіка*, 2, 235–244.
 - 38.Smith, M. M., Sherry, S. B., Vidovic, V., Saklofske, D. H., Stoeber, J., & Benoit, A. (2019). Perfectionism and the five-factor model of personality: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 23(4), 367–390.
 - 39.Stoeber, J., & Childs, J. H. (2011). Perfectionism. In R. J. Levesque (Ed.), *Encyclopedia of adolescence* (pp. 2053–2059). New York: Springer.
 - 40.Stoeber, J., & Eismann, U. (2007). Perfectionism in young musicians: Relations with motivation, effort, achievement, and distress. *Personality and Individual Differences*, 43, 2182–2192.
 - 41.Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295–319.

42. Stumpf, H., & Parker, W. (2000). A hierarchical structural analysis of perfectionism and its relation to other personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, 28(5), 837–852.
43. Thomas, M., & Bigatti, S. (2020). Perfectionism, impostor phenomenon, and mental health in medicine: A literature review. *International Journal of Medical Education*, 11, 201–213.
44. Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. Hogarth Press.
45. Włodarczyk, K., & Wrześniewski, K. (1998). Zmiany stanu emocjonalnego po zawale serca a wzór zachowania – badania prospektywne. In J. Łazowski & G. Dolińska-Zygmunt (Eds.), *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie* (pp. 137-157). Wrocław: Wyd. AWF.

ДОДАТКИ

Кореляції

Виснаження	Виснаження		Шлункові		Серцеві		Ревматичні		Загальні		Занепокоєнні		Особисті		Батьківські		Батьківський		Сумнівний		Організованість
	Значення	Пирсона	Значення	Пирсона	Значення	Пирсона	Значення	Пирсона	Значення	Пирсона	Значення	Пирсона	Значення	Пирсона	Значення	Пирсона	Значення	Пирсона	Значення	Пирсона	
Виснаження	Кореляція	Пирсона	1	,166	,451**	,091	,596**				,129	,219	,222	,229	,246	,065					
	знач. (двухсторонняя)			,194	<,001	,477	<,001				,314	,084	,080	,071	,052	,610					
Шлункові	N		63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63					63
	Кореляція	Пирсона	,166	1	,483**	,553**	,710**				-,046	,401**	,378**	,384**	,035	-,032					
Шлункові	знач. (двухсторонняя)		,194		<,001	<,001	<,001				,721	,001	,002	,002	,788	,802					
	N		63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63					63
Серцеві	Кореляція	Пирсона	,451**	,483**	1	,636**	,900**				,092	,451**	,448**	,434**	-,205	,037					
	знач. (двухсторонняя)		<,001	<,001		<,001	<,001				,475	<,001	<,001	<,001	,107	,775					
Ревматичні	N		63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63					63
	Кореляція	Пирсона	,091	,553**	,636**	1	,745**				,064	,383**	,462**	,465**	-,152	-,029					
Ревматичні	знач. (двухсторонняя)		,477	<,001	<,001		<,001				,617	,002	<,001	<,001	,236	,819					
	N		63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63					63
Загальні	Кореляція	Пирсона	,596**	,710**	,900**	,745**	1				,086	,491**	,506**	,505**	-,201	,020					
	знач. (двухсторонняя)		<,001	<,001	<,001	<,001	<,001				,501	<,001	<,001	<,001	,114	,878					
Загальні	N		63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63					63
	Кореляція	Пирсона	,129	-,046	,092	,064	,086				1	-,016	-,112	-,122	,039	,021					
Занепокоєнні	знач. (двухсторонняя)		,314	,721	,475	,617	,501					,902	,384	,341	,759	,869					
	N		63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63					63
Особисті	Кореляція	Пирсона	,219	,401**	,451**	,383**	,491**				-,016	1	,331**	,326**	-,103	,002					
	знач. (двухсторонняя)		,084	,001	<,001	,002	<,001				,902		,008	,009	,421	,990					
Особисті	N		63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63					63
	Кореляція	Пирсона	,222	,378**	,448**	,462**	,506**				-,112	,331**	1	,996**	-,217	,174					
Батьківські	знач. (двухсторонняя)		,080	,002	<,001	<,001	<,001				,384	,008		<,001	,087	,173					
	N		63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63					63
Батьківські	Кореляція	Пирсона	,229	,384**	,434**	,465**	,505**				-,122	,326**	,996**	1	-,211	,166					
	знач. (двухсторонняя)		,071	,002	<,001	<,001	<,001				,341	,009	<,001		,097	,194					
Батьківські	N		63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63					63
	Кореляція	Пирсона	-,246	,035	-,205	-,152	-,201				,039	-,103	-,217	-,211	1	-,052					
Сумнівний	знач. (двухсторонняя)		,052	,788	,107	,236	,114				,759	,421	,087	,097		,685					
	N		63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63					63
Організованість	Кореляція	Пирсона	,065	-,032	,037	-,029	,020				,021	,002	,174	,166	-,052	1					
	знач. (двухсторонняя)		,610	,802	,775	,819	,878				,869	,990	,173	,194	,685						
Організованість	N		63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63					63

** Кореляція значима на рівні 0,01 (двухстороння).

Додаток Б

Кореляції

		Виснаження	Шлункові	Серцеві	Ревматичні	Загальніскарги	Адаптивний	Дезадаптивний
Виснаження	Корреляція Пирсона	1	,166	,451**	,091	,596**	,068	,405**
	знач. (двухстороння)		,194	<,001	,477	<,001	,595	<,001
	N	63	63	63	63	63	63	63
Шлункові	Корреляція Пирсона	,166	1	,483**	,553**	,710**	,004	,443**
	знач. (двухстороння)	,194		<,001	<,001	<,001	,973	<,001
	N	63	63	63	63	63	63	63
Серцеві	Корреляція Пирсона	,451**	,483**	1	,636**	,900**	-,090	,611**
	знач. (двухстороння)	<,001	<,001		<,001	<,001	,484	<,001
	N	63	63	63	63	63	63	63
Ревматичні	Корреляція Пирсона	,091	,553**	,636**	1	,745**	-,168	,525**
	знач. (двухстороння)	,477	<,001	<,001		<,001	,188	<,001
	N	63	63	63	63	63	63	63
Загальніскарги	Корреляція Пирсона	,596**	,710**	,900**	,745**	1	-,062	,673**
	знач. (двухстороння)	<,001	<,001	<,001	<,001		,628	<,001
	N	63	63	63	63	63	63	63
Адаптивний	Корреляція Пирсона	,068	,004	-,090	-,168	-,062	1	-,154
	знач. (двухстороння)	,595	,973	,484	,188	,628		,228
	N	63	63	63	63	63	63	63
Дезадаптивний	Корреляція Пирсона	,405**	,443**	,611**	,525**	,673**	-,154	1
	знач. (двухстороння)	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	,228	
	N	63	63	63	63	63	63	63

** Корреляція значима на рівні 0,01 (двухстороння).