

МЕЛІТОПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОГДАНА ХМЕЛЬНИЦЬКОГО

Факультет фізичної культури, спорту та психології
Кафедра психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

на тему: «**Психологічна профілактика виникнення психосоматичних
розладів у юнацькому віці**»

Виконала: здобувачка вищої освіти
групи пс241м

Спеціальність 053 Психологія

ОП Психологія. Практична психологія

Василенко Софія Андріївна

Керівник: канд. психол. наук, доцент

Прокоф'єва Олеся Олексіївна

Рецензент: канд. психол. наук, доцент

Ніжинського державного університету
імені Миколи Гоголя

Кошова Інна Вікторівна

Василенко С.А.

Психологічна профілактика виникнення психосоматичних розладів у юнацькому віці

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі здійснено комплексне теоретико-емпіричне дослідження психологічної профілактики виникнення психосоматичних розладів у юнацькому віці. Актуальність теми зумовлена тим, що юнацький вік є надзвичайно важливим етапом психофізичного розвитку особистості, який супроводжується глибокими трансформаціями у когнітивній, емоційній та соціальній сферах, а в умовах зростання психоемоційного навантаження й нестабільності значно підвищується ризик психосоматичних порушень.

У роботі розкрито наукове розуміння поняття «психосоматика», проаналізовано основні види і типи психосоматичних порушень, а також обґрунтовано роль нервово-психічного напруження, емоційного самопочуття, тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності як психологічних чинників ризику виникнення психосоматичних симптомів у юнацькому віці.

Емпіричне дослідження проведено на вибірці 60 юнаків віком 20–24 роки, які навчаються в закладах вищої освіти України. У роботі використано авторський опитувальник проявів психосоматичних розладів, методику «Оцінка нервово-психічної напруги» Т.А. Немчина, методику САН та опитувальник станів тривожності, фрустрації, агресивності й ригідності. Встановлено, що психосоматичні прояви у юнаків статистично пов'язані з високим нервово-психічним напруженням, негативним емоційним самопочуттям, підвищеною тривожністю, фрустрацією, агресивністю та ригідністю.

На основі отриманих результатів розроблено тренінг профілактики та корекції психосоматичних розладів у юнацькому віці, спрямований на підвищення емоційної грамотності, розвиток тілесної усвідомленості,

формування навичок саморегуляції, зниження стресового навантаження та зміцнення психологічної стійкості молоді.

Ключові слова: психосоматичні розлади, юнацький вік, психологічна профілактика, нервово-психічне напруження, тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність, емоційне самопочуття, саморегуляція.

Vasylenko S.A.

Psychological prevention of psychosomatic disorders in adolescence

ABSTRACT

The qualification paper presents a comprehensive theoretical and empirical study of psychological prevention of psychosomatic disorders in youth. The relevance of the topic is determined by the fact that youth is a crucial stage of psychophysical development accompanied by deep cognitive, emotional, and social transformations, while growing psycho-emotional pressure and instability significantly increase the risk of psychosomatic disturbances.

The paper clarifies the scientific understanding of the concept of psychosomatics, analyzes the main types of psychosomatic disorders, and substantiates the role of neuropsychic tension, emotional well-being, anxiety, frustration, aggressiveness, and rigidity as psychological risk factors for psychosomatic symptoms in youth.

The empirical study was conducted on a sample of 60 young men aged 20–24 studying at higher education institutions in Ukraine. The research used the author's questionnaire of psychosomatic manifestations, the method of assessing neuropsychic tension by T. A. Nemchin, the SAN method, and the questionnaire of anxiety, frustration, aggressiveness, and rigidity. It was established that psychosomatic manifestations in young men are statistically related to high neuropsychic tension, negative emotional well-being, increased anxiety, frustration, aggressiveness, and rigidity.

Based on the obtained results, a training program for the prevention and correction of psychosomatic disorders in youth was developed. It is aimed at increasing emotional literacy, developing body awareness, forming self-regulation skills, reducing stress load, and strengthening psychological resilience.

Keywords: psychosomatic disorders, youth, psychological prevention, neuropsychic tension, anxiety, frustration, aggressiveness, rigidity, emotional well-being, self-regulation.

РЕФЕРАТ

до кваліфікаційної роботи на тему

«Психологічна профілактика виникнення психосоматичних розладів у юнацькому віці»

здобувачки вищої освіти спеціальності 053 Психологія

Василенко Софії Андріївни

Науковий керівник – канд. психол. наук, доцент кафедри психології
Прокоф'єва Олеся Олексіївна

Кваліфікаційна робота: 70 сторінок, 1 таблиця, 4 рисунки, 64 джерела.

Об'єкт дослідження – психосоматичні розлади в юнацькому віці.

Предмет дослідження – психологічна профілактика виникнення психосоматичних розладів у юнацькому віці.

Мета дослідження – емпірично дослідити особливості прояву психосоматичних порушень у юнацькому віці та розробити тренінг профілактики їх виникнення та корекції.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що психосоматичні розлади у юнаків пов'язані з проявом негативних переживань, таких як високе нервово-психічне напруження, негативне емоційне самопочуття, агресивність, ригідність, тривожність і фрустрація.

Завдання дослідження: теоретично дослідити сутність психосоматики, основні види і типи психосоматичних порушень; емпірично дослідити особливості прояву психосоматичних порушень юнаків; дослідити особливості прояву нервово-психічного напруження, самопочуття, активності та настрою юнаків; емпірично вивчити особливості агресивності, ригідності, фрустрації і тривожності; встановити наявність статистичного зв'язку між психосоматичними розладами та дослідженими параметрами; розробити тренінг профілактики психосоматичних розладів у юнаків.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація, класифікація теоретичного матеріалу із

заявленої проблеми; емпіричні – авторський опитувальник проявів психосоматичних розладів, методика «Оцінка нервово-психічної напруги» Т.А. Немчина, методика САН, опитувальник станів тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності; статистичні методи – кореляційний аналіз за Спірменом.

Характеристика вибірки – 60 юнаків віком 20–24 роки, які навчаються в закладах вищої освіти України. Емпірична база дослідження – опитування за допомогою соціальних мереж і месенджерів. Практична цінність полягає в можливості використання результатів у роботі з юнаками у сферах психології, освіти, медицини та соціальної підтримки.

Актуальність теми дослідження визначається тим, що юнацький вік є надзвичайно важливим періодом психофізичного розвитку особистості. Саме в цей час відбувається активне становлення ідентичності, формування життєвих орієнтирів, посилення відповідальності за особистий вибір і переосмислення власного місця в соціальному просторі. Цей етап життя часто супроводжується внутрішніми конфліктами, нестабільністю самооцінки, підвищеною емоційною реактивністю та напруженим переживанням зовнішніх вимог. У контексті нестабільної соціально-економічної ситуації, інформаційного перевантаження та загального зростання стресогенних факторів підвищується ризик порушень психічного здоров'я, одним із проявів яких стають психосоматичні розлади.

У роботі підкреслено, що психосоматичні прояви в юнацькому віці нерідко залишаються недостатньо усвідомленими. Вони маскуються під тілесні симптоми — головний біль, порушення сну, дискомфорт у шлунково-кишковій системі, серцебиття, втому, соматичне напруження — і можуть довгий час не сприйматися як сигнали психоемоційного перевантаження. Відсутність своєчасного реагування на такі прояви призводить до хронізації психосоматичних симптомів, що ускладнює адаптацію юнаків до дорослого життя, знижує їхню навчальну та професійну успішність, а також погіршує загальне відчуття благополуччя.

Теоретичний аналіз засвідчив, що психосоматика як міждисциплінарний напрям об'єднує медичні, психологічні, психіатричні та психофізіологічні підходи до розуміння взаємозв'язку між тілом і психікою. У кваліфікаційній роботі простежено розвиток наукових уявлень про психосоматичні розлади — від античних уявлень про єдність душевного і тілесного до сучасного розуміння психосоматики як складної системи взаємодії психосоціальних, поведінкових, індивідуально-типологічних та нейродинамічних чинників. Показано, що тілесний симптом у психосоматичній перспективі може виступати способом вираження хронічно утримуваного емоційного напруження, нерозв'язаного внутрішнього конфлікту або дезадаптивного способу психологічного реагування.

У роботі систематизовано основні види і типи психосоматичних порушень. Розглянуто психосоматичні функціональні розлади, органічні психосоматози, соматоформні розлади, конверсійні реакції, нозогенні, соматогенні та ятрогенні стани. Важливим є висновок про те, що психосоматичні розлади не можуть бути пояснені лише біологічними або лише психологічними чинниками. Вони є результатом складної взаємодії стресу, особистісних особливостей, способів переживання та вираження емоцій, якості соціального середовища і фізіологічної вразливості організму.

Окрему увагу в роботі приділено саме юнацькому віку як періоду особливої чутливості до психосоматичних порушень. У цей час особистість переживає значне навантаження, пов'язане з навчанням, професійним вибором, формуванням інтимно-особистісних стосунків, пошуком автономії та необхідністю відповідати очікуванням оточення. Якщо при цьому юнак не має достатньо сформованих навичок емоційної саморегуляції, стресостійкості та усвідомлення власних психічних станів, підвищується ймовірність соматизації переживань.

У дослідженні обґрунтовано, що важливими предикторами психосоматичних розладів у юнацькому віці можуть виступати нервово-психічне напруження, негативне емоційне самопочуття, тривожність,

фрустрація, агресивність та ригідність. Високе нервово-психічне напруження відображає стан хронічної мобілізації, коли організм тривалий час функціонує в режимі готовності до подолання труднощів. Негативне самопочуття, знижена активність і пригнічений настрій свідчать про виснаження ресурсів. Тривожність, фрустрація, агресивність і ригідність описують ті психологічні способи реагування, які ускладнюють гнучке подолання труднощів і можуть підтримувати патологічне коло соматизації.

Емпіричне дослідження проводилося у кілька послідовних етапів. На початковому етапі було сформовано діагностичну вибірку і підібрано інструментарій, який дозволяє комплексно оцінити як вираженість психосоматичних проявів, так і психологічні стани, з якими вони можуть бути пов'язані. Особливість дослідження полягає у використанні як спеціально створеного авторського опитувальника проявів психосоматичних розладів, так і стандартизованих методик, що дозволило отримати більш цілісну картину.

Результати емпіричного дослідження проявів психосоматичних порушень засвідчили, що у 25% обстежених юнаків зафіксовано виражені психосоматичні порушення, у 33% — тенденцію до їх вираженості, і лише у 42% не виявлено ознак психосоматичних розладів. Такі дані свідчать про те, що майже у половини обстежених юнаків наявні або вже сформовані, або потенційно небезпечні психосоматичні прояви. У роботі підкреслюється, що це підтверджує потребу в ранній психологічній профілактиці та своєчасному виявленні ризикових груп.

Дослідження нервово-психічного напруження показало, що значна частина юнаків перебуває у стані підвищеної напруги. Такий стан супроводжується внутрішнім виснаженням, труднощами з відновленням, зниженням гнучкості психічного реагування та накопиченням тілесного дискомфорту. У кваліфікаційній роботі обґрунтовується, що саме нервово-психічне напруження може виступати одним із провідних механізмів переходу психологічного неблагополуччя в соматичний симптом.

Результати методики САН дозволили виявити особливості самопочуття, активності та настрою юнаків. Частина респондентів демонструє знижені показники за цими параметрами, що відображає не лише ситуативну втому, а й загальне виснаження адаптаційних ресурсів. Зниження активності та настрою може вказувати на ускладнення процесів саморегуляції, емоційного відновлення та підтримання мотиваційного тону. У контексті психосоматики це особливо значуще, оскільки затяжне зниження емоційного фону часто супроводжується тілесними скаргами.

У межах дослідження також вивчено агресивність, ригідність, фрустрацію та тривожність юнаків. Отримані дані свідчать, що високий рівень тривожності та фрустрації може поєднуватися з труднощами вербалізації переживань і схильністю до внутрішньої напруги. Агресивність у цьому контексті розглядається не лише як зовнішня поведінкова реакція, а й як індикатор внутрішнього роздратування, яке за відсутності конструктивного відреагування може соматизуватися. Ригідність відображає труднощі психологічного переключення, недостатню гнучкість у реагуванні на зміни та підвищену вразливість до стресових ситуацій.

Математичний аналіз результатів дослідження за допомогою кореляційного аналізу за Спірменом підтвердив наявність статистично значущих зв'язків між вираженістю психосоматичних розладів і низкою психологічних параметрів. Виявлені кореляції між психосоматичними порушеннями та високим нервово-психічним напруженням, негативним емоційним самопочуттям, тривожністю, фрустрацією, агресивністю та ригідністю підтвердили висунуту гіпотезу дослідження. Це дозволяє стверджувати, що психосоматичні симптоми у юнаків мають виразне психологічне підґрунтя і не можуть розглядатися ізольовано від емоційної та особистісної сфери.

На основі результатів дослідження у роботі розроблено тренінг профілактики та корекції психосоматичних розладів у юнацькому віці. Його зміст орієнтований на формування емоційної грамотності, підвищення рівня

тілесної усвідомленості, розвиток навичок саморегуляції, зниження стресового навантаження, конструктивне опрацювання негативних переживань і формування більш здорових способів реагування на труднощі. Важливим є те, що профілактика в цій роботі розглядається не лише як попередження окремих симптомів, а як ширша система підтримки психічного благополуччя молоді.

У практичному аспекті результати дослідження можуть бути використані в роботі практичних психологів, психологічних служб закладів вищої освіти, медичних і соціальних установ, орієнтованих на підтримку молоді. Запропонований тренінг може стати основою для створення програм психологічної допомоги юнакам, які мають високий ризик психосоматичних порушень. Його впровадження сприятиме ранньому виявленню психоемоційних ризиків, розвитку стійкості до стресу та збереженню психічного й соматичного благополуччя молодих людей.

Теоретичне значення дослідження полягає у поглибленні сучасних уявлень про психосоматичні розлади як результат взаємодії психологічних і соматичних процесів та в уточненні ролі емоційно-особистісних факторів у виникненні психосоматичних симптомів у юнацькому віці. Практичне значення полягає у створенні тренінгової програми профілактики та корекції психосоматичних розладів, яка може бути адаптована до освітнього та консультативного середовища.

Таким чином, кваліфікаційна робота доводить, що психосоматичні розлади в юнацькому віці тісно пов'язані з негативними емоційними переживаннями, високим нервово-психічним напруженням, зниженням позитивного самопочуття, а також із тривожністю, фрустрацією, агресивністю та ригідністю. Розроблений тренінг профілактики та корекції психосоматичних розладів має практичну цінність і може бути ефективним засобом підтримки психічного здоров'я юнаків.

У роботі додатково підкреслено, що психосоматичні симптоми в юнацькому віці нерідко виконують сигнальну функцію, вказуючи на

перевищення особистісних можливостей до переробки емоційного напруження. Тілесний симптом у такому випадку можна розглядати як своєрідну мову психіки, яка повідомляє про хронічне перевантаження, незадоволену потребу в підтримці, нерозв'язаний внутрішній конфлікт або дефіцит психологічних ресурсів. Саме тому профілактична робота повинна бути спрямована не лише на усунення окремих проявів, а й на поглиблення здатності юнаків розпізнавати зв'язок між емоціями, стресом і тілесними реакціями.

Важливе місце у дослідженні посідає ідея тілесної усвідомленості як ресурсу психопрофілактики. Юнаки, які краще розпізнають ранні ознаки перевтоми, тілесної скутості, змін дихання, м'язової напруги, порушення сну чи загального тону, мають більше шансів вчасно відреагувати на стрес і не допустити переходу напруги у стійкий психосоматичний симптом. З цієї точки зору профілактика психосоматичних порушень набуває не лише психологічного, а й психоосвітнього змісту, оскільки передбачає навчання молоді навичок самоспостереження, саморегуляції та екологічного ставлення до власного тіла.

Окремо в роботі акцентовано, що профілактика психосоматичних розладів у юнацькому віці повинна мати системний характер. Вона є ефективною лише тоді, коли поєднує роботу з емоційною сферою, розвитком навичок подолання стресу, підвищенням толерантності до фрустрації, формуванням гнучкості мислення та корекцією дезадаптивних способів реагування. Такий підхід дозволяє не лише знизити поточне напруження, а й запобігти повторному формуванню психосоматичних проявів у майбутньому.

Таким чином, результати кваліфікаційної роботи мають вагомe значення для сучасної практичної психології молоді. Вони підтверджують необхідність своєчасної психопрофілактики, орієнтованої на цілісне розуміння зв'язку між психічним і тілесним благополуччям. Запропонований у роботі тренінг може бути використаний як основа для програм психологічної підтримки у закладах вищої освіти, молодіжних центрах,

психологічних службах та консультативних практиках, спрямованих на збереження здоров'я та підвищення якості життя юнаків.

ЗМІСТ

| | |
|--|----|
| ВСТУП | 3 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СУТНОСТІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ | 6 |
| 1.1. Наукове розуміння поняття «психосоматика»..... | 6 |
| 1.2. Основні види і типи психосоматичних порушень | 13 |
| Висновки до першого розділу | 23 |
| РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ..... | 24 |
| 2.1. Методичні основи емпіричного дослідження: підбір методик та формування вибірки..... | 24 |
| 2.2. Емпіричне дослідження проявів психосоматичних порушень юнаків..... | 28 |
| 2.3. Емпіричне дослідження нервово-психічного напруження юнаків | 30 |
| 2.4. Емпіричне дослідження самопочуття, активності та настрою юнаків..... | 32 |
| 2.5. Емпіричне дослідження прояву, фрустрації, ригідності та агресивності юнаків | 34 |
| 2.6. Математичний аналіз результатів дослідження | 36 |
| Висновки до другого розділу | 38 |
| РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ..... | 42 |
| 3.1. Профілактика та попередження психосоматичних розладів: підходи та методи..... | 42 |
| 3.2. Тренінг профілактики та корекції психосоматичних розладів у юнацькому віці..... | 46 |
| Висновки до третього розділу..... | 56 |
| ВИСНОВКИ..... | 58 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 62 |
| ДОДАТКИ | 69 |

ВСТУП

Актуальність дослідження. Юнацький вік є надзвичайно важливим етапом психофізичного розвитку особистості, який супроводжується глибокими трансформаціями у когнітивній, емоційній та соціальній сферах. Саме в цей період відбувається активне становлення ідентичності, формування життєвих орієнтирів, посилення відповідальності за особистий вибір, що нерідко супроводжується внутрішніми конфліктами, емоційною нестабільністю та напруженням. У контексті постійно зростаючих вимог суспільства до молоді, нестабільної соціально-економічної ситуації, інформаційного перевантаження та особистих криз, значно зростає ризик порушень психічного здоров'я, зокрема – психосоматичних розладів.

Психосоматичні прояви в юнацькому віці часто неусвідомлені, замасковані під тілесні симптоми та можуть залишатися непоміченими як самими підлітками, так і їхнім соціальним оточенням. Відсутність своєчасного реагування на такі сигнали призводить до хронізації психосоматичних розладів, що суттєво ускладнює адаптацію молоді до дорослого життя, знижує рівень їхнього функціонального здоров'я, навчальної та професійної успішності.

Актуальність дослідження зумовлена зростанням поширеності психосоматичних порушень серед осіб юнацького віку, а також необхідністю формування ефективних психологічних механізмів їх попередження. Згідно з даними сучасної психосоматичної медицини та клінічної психології, психосоматичні розлади у молоді є результатом тривалого психологічного стресу, нерозв'язаних внутрішньо-особистісних конфліктів, пригнічення емоцій, зокрема – агресії, тривоги, провини.

Водночас, профілактична спрямованість психологічної допомоги дозволяє не лише запобігти формуванню психосоматичних симптомів, а й підтримати психічне здоров'я молоді в цілому. Своєчасна психопрофілактика, спрямована на підвищення емоційної грамотності, розвиток навичок

стресостійкості, тілесної усвідомленості, є ефективним ресурсом гармонізації особистісного розвитку та збереження як психологічного, так і фізичного благополуччя.

Об'єкт дослідження – психосоматичні розлади в юнацькому віці.

Предмет дослідження – психологічна профілактика виникнення психосоматичних розладів у юнацькому віці.

Мета дослідження – емпірично дослідити особливості прояву психосоматичних порушень в юнацькому віці та розробити тренінг профілактики їх виникнення та корекції.

Гіпотеза дослідження – психосоматичні розлади у юнаків пов'язані з проявом негативних переживань, таких як високе нервово-психічне напруження, негативне емоційне самопочуття та агресивність, ригідність, тривожність та фрустрація.

Завдання:

1. Теоретично дослідити сутність психосоматики, основні види і типи психосоматичних порушень.

2. Емпірично дослідити особливості прояву психосоматичних порушень юнаків.

3. Емпірично дослідити особливості прояву нервово-психічного напруження юнаків.

4. Емпірично дослідити особливості самопочуття, активності та настрою юнаків.

5. Емпірично дослідити особливості агресивності, ригідності, фрустрації і тривожності юнаків.

6. Встановити наявність статистичного зв'язку між психосоматичними розладами та дослідженими параметрами.

7. Розробити тренінг профілактики психосоматичних розладів у юнаків.

Методи дослідження:

1. Теоретичні – аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, систематизація, класифікація теоретичного матеріалу із заявленої проблеми;

2. Емпіричні – авторський опитувальник проявів психосоматичних розладів (додаток А), Методика «Оцінка нервово-психічної напруги» (Т.А. Немчин), методика САН (самопочуття, активність, настрої), опитувальник «Станів тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка, автори адаптації – С.Д. Максименко, Л. М. Карамушка, Т. В. Зайчикова)

3. Статистичні методи математичної обробки – кореляційний аналіз за Спірменом.

Характеристика вибірки – 60 юнаків, віком 20-24 роки, які навчаються в закладах вищої освіти України.

Емпірична база дослідження – дослідження проводилося з використанням соціальних мереж та месенджерів.

Практична цінність полягає в тому, що отримані результати можна застосовувати в роботі з юнаками у сферах психології, освіти, медицини та соціальної підтримки. Розроблена і впроваджена система профілактичних заходів щодо психосоматичних розладів допоможе вчасно виявляти потенційні ризики, підвищувати психологічну стійкість юнаків, формувати у них здорові способи справлятися зі стресом та розвивати навички контролю власного емоційного стану. Ці результати можуть стати основою для створення програм психологічної підтримки молоді у вищих навчальних закладах, а також для проведення інформаційних кампаній, спрямованих на збереження психічного здоров'я юнаків.

Структура роботи: робота містить вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел, додатки. Загальний обсяг роботи – 70 сторінок. Основний текст викладено на 62 сторінках. Робота містить 1 таблицю та 4 рисунки. Список використаних джерел – 64 джерела.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СУТНОСТІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

1.1. Наукове розуміння поняття «психосоматика»

Упродовж історичного розвитку людства проблематика порушення цілісного функціонування організму посідала чільне місце в системі як медичних знань, так і культурних уявлень. Функціональні збої у діяльності людського тіла виявляються на трьох взаємопов'язаних рівнях – соматичному, психічному та психосоматичному. У цьому контексті хвороба перестає бути лише біологічним або фізіологічним явищем: вона набуває символічного і психологічного виміру, стаючи предметом осмислення у філософсько-релігійних, медичних і культурних традиціях. Концепція взаємозв'язку тіла й душі є глибоко вкоріненою в культурі багатьох народів і знаходить своє відображення у міфологічних системах, народній медицині, літературі, а також у наукових теоріях.

Уже в античній медицині, зокрема в працях Гіппократа та Галена, простежується ідея єдності психічного й соматичного, відповідно до якої порушення душевної рівноваги може спричинити тілесне страждання, а захворювання органів, у свою чергу, здатне негативно впливати на емоційний стан. Згідно з уявленнями давньогрецької медицини, кожному органу відповідала певна емоція: так, гнів пов'язувався з печінкою, страх – із серцем, а туга й печаль – зі шлунком. Таким чином, тілесне й душевне розглядалося як єдина функціональна система, в межах якої порушення балансу однієї зі складових викликає компенсаторні або патологічні реакції іншої.

Наукове осмислення психосоматичного підходу бере свій початок на початку XIX століття, коли німецький психіатр Йоганн-Христіан Гейнрот у 1818 році вперше використав термін «психосоматичний» для позначення

тісного взаємозв'язку між психікою та соматичними порушеннями. Пізніше, у 1822 році, М. Якобі розширив цю концепцію, увівши поняття «соматопсихічний», акцентуючи на впливі тілесних станів на психічну сферу.

У сучасній науці психосоматика розглядається як міждисциплінарний напрям на перетині медицини, психології, психіатрії та нейронаук. Вона вивчає механізми впливу психічних чинників – таких як хронічний стрес, емоційне пригнічення, внутрішньоособистісні конфлікти – на виникнення, розвиток і динаміку соматичних (тілесних) захворювань. З іншого боку, психосоматика також аналізує, яким чином фізичні хвороби можуть спричинити або посилити емоційні розлади, формуючи замкнуте патологічне коло.

У науковому дискурсі психосоматичної медицини значний внесок зробили дослідники Ф. Александер, С. Джеліфф, Ф. Данбар, Е. Вейсс, О. Інґліш та інші. Починаючи з 1939 року в США почав виходити фаховий журнал *Psychosomatic Medicine*, який став платформою для міждисциплінарного обміну між психологами, психіатрами та представниками медичної спільноти. У 1950 році було засновано Американське психосоматичне товариство, діяльність якого сприяла консолідації зусиль науковців і практиків у сфері дослідження взаємозв'язків між психікою та тілом.

Ідеї, сформульовані представниками психосоматичної медицини, передбачали синтез гуманітарного (психологічного) і природничо-наукового (медичного) підходів до розуміння природи психосоматичних явищ. При цьому не завжди трактування співвідношення між соматичним і психічним ґрунтувалися на однозначному причинно-наслідковому принципі (тобто не обмежувалися лише психосоматичною чи соматопсихічною орієнтацією), а розглядалися як багаторівневі і взаємозалежні процеси.

Особливе місце в розвитку теоретичних засад психосоматики належить Ф. Александеру – одному з фундаторів сучасного психосоматичного підходу.

Він висунув положення, згідно з яким соматичний симптом є відображенням неусвідомленого, хронічно утримуваного емоційного стану. За його концепцією, будь-яка інтенсивна емоція, що не отримала адекватного вираження, знаходить свій соматичний еквівалент, тобто проявляється у фізіологічних змінах або захворюваннях. У межах цієї теорії Александер виокремив три основні форми психогенних розладів: істеричні (конверсійні) симптоми, вегетативні неврози та власне психосоматичні захворювання.

Кожна з цих форм, на його думку, зумовлена специфічними інтрапсихічними конфліктами. Так, при нейродерміті в основі може лежати пригнічення потреби у тілесній близькості; при виразковій хворобі – конфлікт між потребою в турботі, залежності й водночас прагненням до автономії. Фізіологічні прояви, таким чином, репрезентують глибинні емоційні суперечності, що залишаються нерозв'язаними у свідомості індивіда.

У межах розвитку психосоматичної медицини значний внесок належить дослідниці Ф. Данбар, яка розробила концепцію так званого «особистісного профілю». Спираючись на аналіз понад 1600 клінічних випадків пацієнтів із різними формами соматичної патології, вона дійшла висновку, що існує зв'язок між індивідуальними психологічними характеристиками особистості та схильністю до певних захворювань. Інакше кажучи, специфічні риси особистості можуть виступати детермінантами виникнення або загострення соматичних хвороб.

Ф. Данбар виокремила низку типових особистісних констеляцій, що корелюють із певними нозологічними формами. Зокрема, нею були описані такі профілі, як «гіпертонічний тип» (асоційований із артеріальною гіпертензією), «коронарний тип» (характерний для осіб із серцево-судинними захворюваннями), «алергічний тип» та «тип, схильний до пошкоджень» тощо. У межах цієї концепції важливо не розглядати особистість у відірваному вигляді, а враховувати її в контексті багатофакторної взаємодії біографічних, соціальних і психоемоційних чинників.

Згідно з підходом Данбар, адекватне розуміння структури особистості можливе лише за умови врахування цілісного контексту життєдіяльності індивіда, зокрема: міжособистісних стосунків, рівня освіти, соціального статусу, медичного анамнезу, особливостей родинної динаміки (наприклад, пережите розлучення батьків, втрата близьких, характер стосунків у сім'ї), а також генетичної схильності до певних захворювань.

Значним внеском у теоретичне осмислення природи психосоматичних захворювань стала концепція десоматизації–ресоматизації, сформульована М. Шуром наприкінці 1920-х років. Центральною ідеєю цієї теорії є уявлення про первинну єдність соматичних і психоемоційних процесів у ранньому дитинстві, коли емоційні реакції тісно пов'язані з тілесними проявами. У процесі психічного розвитку дитини відбувається поступове розмежування тілесного та емоційного, що, за Шуром, і становить феномен десоматизації – ознаку психологічного дозрівання.

У разі ж порушення цього процесу спостерігається зворотне явище – ресоматизація, при якій емоційні переживання продовжують виявлятися через тілесні симптоми. Цей механізм притаманний особам із рисами психоемоційної інфантильності, у яких не сформована здатність до достатньо усвідомленої вербалізації та переробки емоційного досвіду. Внаслідок цього навіть незначні психоемоційні подразники можуть спричинити дезорганізацію соматичних функцій.

У сучасній українській науковій традиції значну увагу приділено дослідженню психологічних аспектів психосоматичних розладів. До числа науковців, які зробили вагомий внесок у цю галузь, належать О. Хаустова, Д. Харченко, К. Проноз, Л. Перетятко, М. Тесленко, І. Грицюк, І. Савенкова, А. Шевчук, Т. Єременко, Т. Хомуленко та інші дослідники.

Зокрема, Д. Харченко у своїй роботі, присвяченій вивченню психологічних та психофізіологічних особливостей осіб із психосоматичними порушеннями, виокремив низку ключових факторів, що опосередковують виникнення таких захворювань. До них належать:

1. Психосоціальні чинники, зокрема хронічні або кумулятивні соціально-психологічні стреси. Особи, які впродовж певного часу зазнають значної кількості стресогенних подій, виявляють підвищену схильність до соматичних симптомів.

2. Поведінкові чинники, пов'язані з особливостями копінг-стратегій у подоланні життєвих труднощів. Недостатньо адаптивні або дезорганізовані стратегії подолання можуть сприяти соматизації емоційних станів.

3. Індивідуально-типологічні особливості, серед яких: властивості темпераменту, рівень алекситимії (нездатність до ідентифікації й вербалізації емоцій), акцентуації характеру та риси особистості.

4. Нейродинамічні фактори, що охоплюють функціональні характеристики нервової системи. Неврівноваженість нервових процесів – зокрема переважання збудження над гальмуванням або навпаки – виступає значущим фізіологічним передумовним чинником розвитку психосоматичної симптоматики.

У своїх дослідженнях А. Шевчук звертає увагу на природу виникнення психосоматичних розладів у осіб, які постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій. Учений підкреслює, що формування таких порушень часто обумовлене не лише фізіологічними чинниками, а й значною мірою зумовлене впливом психологічних і соціальних детермінант. Зокрема, стани хронічного стресу, міжособистісні ускладнення, тривалі конфліктні взаємодії, а також зовнішні соціальні та екологічні фактори можуть слугувати детонаторами розвитку психосоматичних проявів.

Особливе значення у процесі виникнення психосоматичних порушень мають характер, тривалість і інтенсивність пережитих стресових подій. Чим вищий рівень психоемоційного навантаження, тим більш імовірно формування тілесних симптомів, що не мають органічної основи, але є вираженням психологічного дистресу. При цьому автор наголошує, що клінічна картина і темп розвитку таких розладів залежать від індивідуальних психофізіологічних характеристик особистості, її рівня стресостійкості,

здатності до адаптації, а також наявних ресурсів психологічного захисту та копінг-стратегій.

У дослідженнях Т. Хомуленко, присвячених проблематиці психосоматичних порушень, хвороба розглядається як тілесне втілення внутрішніх психологічних конфліктів та вікових екзистенційних криз. З її точки зору, соматичні симптоми є не випадковими проявами, а результатом складної психофізіологічної взаємодії, в основі якої лежить недостатня інтеграція тілесного та психічного компонентів особистості. У зв'язку з цим дослідниця запропонувала авторську методика «Вербалізація тілесного Я», яка має діагностичне та формувальне значення й орієнтована на виявлення ознак психосоматичної компетентності.

Психосоматична компетентність у цьому контексті розглядається як інтегративна система здатностей когнітивного рівня, що забезпечує усвідомлене прийняття власного тіла як повноцінної складової особистості. Вона формує основу для ефективної саморегуляції через внутрішній діалог із тілесним Я, що є важливим чинником у профілактиці та подоланні психосоматичних порушень.

У структурі психосоматичної компетентності Т. Хомуленко виокремлює низку ключових складових:

1. Обізнаність – знання про тілесні функції в загальному і про особисті тілесні особливості як результат когнітивного осмислення тілесного досвіду;
2. Прийняття – позитивне, шанобливе ставлення до свого тіла, що проявляється у почуттях захищеності, турботи, внутрішнього спокою й впевненості;
3. Інтрацептивність – здатність ідентифікувати та утримувати увагу на внутрішніх тілесних відчуттях, а також їх вербалізувати у диференційованій формі;
4. Метафоричність – вміння використовувати асоціативне, образне мислення для опису власного тіла, що сприяє глибшому усвідомленню тілесного досвіду;

5. Каузальність – здатність вбачати у тілі джерело причинно-наслідкових зв'язків, що відображають внутрішні та зовнішні життєві події;

6. Діалогічність – внутрішній діалог між тілесною і психічною складовими суб'єкта, що дозволяє досягти згоди між «Я як тіло» і «Я в тілі»;

7. Суб'єктність – здатність до активної внутрішньої комунікації з тілесним Я, сприймання тіла не як об'єкта, а як партнера у саморегуляції;

8. Інтегративність – взаємопроникнення та взаємовплив психічної та соматичної сфер особистості.

Таким чином, розробки Т. Хомуленко розширюють наукове розуміння психосоматичних процесів, акцентуючи на значущості когнітивного компоненту тілесного Я в контексті саморегуляції та подолання внутрішніх конфліктів.

Загалом аналіз теоретичних джерел дозволяє окреслити провідні підходи до вивчення природи психосоматичних феноменів, серед яких виокремлюються: психоаналітична парадигма психосоматичної медицини, концепція специфічних психодинамічних конфліктів, теорія «особистісного профілю», гіпотеза десоматизації–ресоматизації, а також підходи, орієнтовані на когнітивні та тілесно-орієнтовані моделі. У центрі цих концепцій знаходиться двовекторна взаємодія: з одного боку, психічні фактори впливають на соматичне здоров'я, а з іншого – тілесні стани можуть визначати психічне самопочуття особистості.

Психосоматичні порушення, відповідно до сучасного уявлення, є результатом комплексної взаємодії низки змінних: психосоціальних (соціальні стреси, міжособистісна напруга), поведінкових (копінг-стратегії), індивідуально-типологічних (темперамент, риси характеру, алекситимія) та нейродинамічних (характеристики нервової системи) факторів. Вивчення цих змінних дозволяє ефективніше здійснювати діагностику, профілактику та психологічну корекцію психосоматичних розладів.

1.2. Основні види і типи психосоматичних порушень

Взаємодія між психічними та фізіологічними (соматичними) процесами є фундаментальним інтегративним механізмом, що забезпечує цілісність функціонування людського організму. Особлива увага до психосоматичних і соматопсихічних взаємин зосереджується в контексті їхнього впливу на розвиток і прояви захворювань, тобто патологічних станів, які відображають порушення в цій складній системі взаємодії. Незважаючи на значний інтерес, на сьогодні не існує загальноприйнятої класифікації психосоматичних розладів, хоча тривають активні зусилля щодо формування узгодженої патогенетично обґрунтованої системи класифікації таких станів.

Протягом історії вивчення психосоматичних розладів їх часто не виділяли як окрему нозологічну категорію, що пов'язано з труднощами визначення чітких критеріїв через емоціогенний характер цих розладів і відсутність однозначної нозологічної адресності [2, с. 560]. Це зумовлювало неоднозначність у підходах до діагностики та лікування психосоматичних патологій.

Традиційно у науковій літературі психосоматичні порушення поділяють на три основні групи:

1. Психосоматичні функціональні розлади, які розглядаються як граничні або невротичні стани. Вони характеризуються функціональними порушеннями без вираженої органічної патології, часто супроводжуються соматичними симптомами, що мають психогенний характер.

2. Органічні психосоматичні розлади, або класичні психосоматози, які пов'язані із структурними змінами в органах і системах, спричиненими психогенними факторами, що мають чіткий патогенетичний зв'язок із психоемоційними процесами.

3. Психосоматичні розлади у ширшому розумінні, що включають підвищену схильність до травматизму або захворювань, яка обумовлена індивідуально-особистісними особливостями, такими як тип темпераменту,

рівень стресостійкості, копінг-стратегії та інші психофізіологічні характеристики [38, с. 23-31].

Психосоматичні функціональні розлади характеризуються як загальні або системні невротичні стани, іноді також називані неврозами органів. Ці розлади, зазвичай, розвиваються на фоні тривалого стресового впливу та надмірного нервового напруження, що проявляється через різноманітні соматичні симптоми, такі як біль у ділянці серця, голови чи живота. При цьому фізичних уражень органів не спостерігається; соматичні скарги виникають через дисфункцію вегетативної нервової системи, яка регулює фізіологічні процеси в організмі, спричиняючи неприємні відчуття навіть за відсутності органічних змін.

У клінічній картині загальних неврозів домінують психічні розлади, що відображають порушення емоційної сфери, тоді як у випадках системних неврозів переважають симптоми вегетативної дисфункції та соматичні прояви. Слід зауважити, що межі між системними неврозами, такими як психогенний енурез, психогенні тіки або заїкання, та неврозами органів, наприклад, кардіоневрозом чи імпотенцією, залишаються недостатньо чіткими та потребують подальшого уточнення [42, с. 228-234].

До окремої підгрупи психосоматичних розладів належать психічні розлади, у структурі яких переважають тілесні відчуття та соматичні симптоми. Яскравим прикладом таких станів є конверсійні розлади, при яких у певних, зазвичай «умовно вигідних» для особистості, ситуаціях з'являються виражені соматичні прояви. У найбільш виражених випадках конверсія може проявлятися тимчасовою втратою чутливості або рухових функцій кінцівок, а також розладами зору. До цієї категорії також відносяться тілесні симптоми, що спостерігаються при іпохондричних розладах, а також сенестопатії – неприємні або дивні відчуття у внутрішніх чи зовнішніх органах, які часто супроводжують розлади шизофренічного спектру.

Ще однією важливою категорією психосоматичних хвороб є органічно обумовлені психосоматози. Історично їх перший перелік отримав назву «чиказька сімка», яка з часом розширилася і нині включає такі захворювання, як виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, виразковий неспецифічний коліт, ревматоїдний артрит, гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарда, стенокардія, бронхіальна астма, остеохондроз, екзема, псоріаз та оперізуючий лишай. Діагноз «органічний психосоматоз» застосовується переважно на пізніх етапах психогенної патології, коли домінує клінічна картина, що виражена психосоматичним синдромом і супроводжується стійкими органічними змінами [51, с. 313-321].

До цієї категорії також відносять так звані умовно психосоматичні захворювання, які виникають у випадках, коли психологічні та поведінкові фактори впливають на неспецифічні реакції організму, модифікуючи їх та сприяючи розвитку патологічних станів [51, с. 313-321]. Як підкреслює В. Бройтігам, психосоматика демонструє чітку тенденцію до розширення меж своєї компетенції, включаючи в поле свого дослідження та лікування групи захворювань, які традиційно відносили до внутрішньої медицини, інфекційної патології, неврології та психіатрії [4].

Лікування класичних психосоматичних розладів нині здійснюється переважно лікарями соматичної медицини, а не психіатрами. Проте психічні фактори залишаються важливими тригерами розвитку та загострення цих захворювань, значною мірою впливаючи на їхній перебіг. Прикладом може слугувати загострення псоріазу на фоні хронічного стресу, що ілюструє взаємозв'язок психоемоційного стану пацієнта з соматичною патологією.

Окремо слід виділити психосоматичні розлади, які проявляються через саморуйнівну (самодеструктивну) поведінку, до яких належать алкоголізм, наркоманія, підвищена схильність до травматизму та нещасних випадків. По суті, ці стани є соматичними ускладненнями психічних захворювань і поведінкових девіацій, що свідчить про тісний взаємозв'язок психіки, поведінки і соматичного здоров'я [5, с. 62-73].

Іпохондричний розлад є однією з поширених форм психосоматичних порушень, який характеризується стійким і надмірним занепокоєнням щодо можливого виникнення важкого соматичного захворювання – зокрема серцево-судинного, онкологічного або іншого потенційно загрозливого для життя. Основним клінічним проявом цього розладу виступає домінуючий страх захворіти, що супроводжується постійним спостереженням за власним тілом і тілесними реакціями. У процесі такого гіпернагляду пацієнт, як правило, починає фіксувати увагу на звичних фізіологічних відчуттях, інтерпретуючи їх як ознаки патології.

Це явище пояснюється психологічним механізмом, відомим як закон соматосенсорної ампліфікації. Згідно з ним, підвищена концентрація уваги на тілесних відчуттях, зокрема на болі чи дискомфорті, призводить до їх суб'єктивного посилення. Таким чином, навіть незначні або фізіологічно зумовлені зміни в роботі організму можуть сприйматися як симптоми серйозного захворювання. У результаті активується тривожний компонент, що змушує людину звертатися до лікарів з вимогою провести численні обстеження для виявлення уявної хвороби.

Незважаючи на те, що об'єктивних ознак патології зазвичай не виявляється, пацієнт тимчасово відчуває полегшення. Однак через деякий час тривожність знову посилюється, провокуючи нову хвилю соматичного самоспостереження, що формує замкнене коло: «тривога – тілесні відчуття – посилення тривоги – пошук медичної допомоги».

У контексті психосоматичної медицини надзвичайно важливим аспектом є раннє виявлення цього типу розладу та своєчасне направлення пацієнта до фахівців у галузі психіатрії або психотерапії. Лише цілеспрямована психотерапевтична інтервенція може порушити патологічний цикл тривожного самоспостереження і сприяти нормалізації психоемоційного стану пацієнта [6, с. 55–66].

У науковій літературі психосоматичні порушення розглядаються з різних концептуальних підходів, що відображають складність і

багатофакторність їх етіології. Так, класифікація, запропонована Ю.М. Губачевим та Е. М. Стабровським, базується на принципі домінування провідних патогенетичних чинників і охоплює п'ять основних варіантів психосоматичних захворювань: ситуаційний, особистісний, психопатологічний, церебральний і соматичний. Такий підхід враховує поліетіологічний характер психосоматичної патології, а також дозволяє акцентувати увагу на найбільш значущих аспектах у генезі порушень, що полегшує диференційоване клінічне розуміння та визначення домінуючих терапевтичних впливів [10, с. 216].

Інший підхід до систематизації психосоматичних розладів представлений у класифікації В.Я. Гіндікіна, яка орієнтується на нозологічний принцип. У межах цієї концепції психосоматичні стани розглядаються в рамках конкретних нозологічних форм, що дозволяє забезпечити більшу відповідність завданням клінічної медицини, зокрема в частині вибору лікувальної стратегії, встановлення прогнозу та оцінки ефективності терапевтичного втручання.

У контексті аналізу взаємозв'язку психічних і соматичних розладів В.Я. Гіндікін виділяє три основні варіанти їх взаємодії:

1. Відносно автономне виникнення психічної та соматичної патології, при якому мають місце коморбідні стани, що, попри свою самостійність, можуть чинити взаємний патогенний вплив.

2. Варіант з домінуванням психогенного чинника в етіології та патогенезі. До цієї категорії відносяться класичні психосоматичні захворювання, а також соматизовані форми психічних порушень, такі як ранні функціональні розлади дитячого віку, соматоформні розлади невротичного рівня та психічні розлади, що маскуються під соматичну симптоматику.

3. Варіант з переважанням соматичного чинника, коли психічні порушення розвиваються як вторинна реакція на соматичне захворювання або його наслідки [8, с. 256].

У структурі сучасної класифікації психосоматичних порушень певні підходи видаються більш зручними для практичного використання та теоретичного осмислення. Зокрема, поділ на соматоформні та соматизовані розлади, запропонований у відповідній класифікаційній системі, відзначається термінологічною чіткістю та функціональною доцільністю. Термін «соматоформні розлади» доцільно використовувати для позначення психогенних порушень невротичного рівня, які проявляються переважно соматичними симптомами без виявленої органічної основи. Водночас поняття «соматизовані розлади» відображає психопатологію, що переважно має ендогенну природу, проте також реалізується у соматичних скаргах. Незважаючи на різну етіологію та патогенез, обидві форми об'єднуються під узагальнюючим терміном «соматизовані розлади», який набуває системного значення та відображає складність взаємозв'язку між психічною та соматичною сферами [51, с. 313–321].

У класифікації МКБ-10 термін «соматизований розлад» входить до ширшої групи «соматоформних розладів», однак за рядом клінічних ознак може бути виокремлений в окрему діагностичну одиницю. Об'єднання соматоформних розладів із невротичними та стрес-залежними станами, хоч і обґрунтоване з точки зору спільного рівня функціональних порушень, не завжди коректно з позиції патогенетичного (зокрема психогенного) підґрунтя [22; 51].

Варто зазначити, що в рамках МКБ-10 психосоматичні розлади не мають окремої систематизованої рубрики, а розпорошені по різних розділах. Такий підхід ускладнює не лише точне визначення місця цієї чисельно значущої категорії порушень у межах загальної клінічної номенклатури, але й створює перешкоди для їх своєчасного виявлення, діагностики та ефективного лікування [10].

Психосоматичні розлади загалом являють собою групу патологічних станів, що виникають унаслідок складної взаємодії психологічних і фізіологічних чинників. До них відносять як психічні порушення, що

реалізуються у формі соматичних симптомів, так і фізіологічні стани, що супроводжуються виразними психічними реакціями. У ряді випадків фізіологічна патологія може бути індукована психогенними тригерами, зумовлюючи розвиток або поглиблення соматичної симптоматики [24, с. 27–38].

Соматоформні розлади, зокрема, характеризуються наявністю множинних фізичних симптомів, які імітують клінічну картину органічного захворювання, проте при поглибленому обстеженні не виявляється жодних об'єктивних соматичних змін. Відмінною рисою цих розладів є стійка фіксація уваги на тілесних проявах і висока тривожність щодо власного здоров'я. Пацієнти з соматоформними розладами часто наполягають на проведенні численних медичних обстежень, незважаючи на повторні запевнення у відсутності патології. На відміну від психосоматичних розладів, де психічні фактори відіграють роль тригерів фізіологічної патології, соматоформні розлади характеризуються провідною роллю іпохондричного компонента і хронічної тривожності як основного патогенетичного механізму [23, с. 118–129].

А. Б. Смулевич акцентує увагу на тому, що клінічні прояви, які охоплюються поняттям «психосоматичні розлади», характеризуються високим ступенем поліморфізму. Це означає, що психосоматична симптоматика може варіюватися за інтенсивністю, локалізацією, клінічною формою та динамікою перебігу. Однак, незважаючи на цю різноманітність, всі психосоматичні порушення мають спільну рису – «перекривання» психічних і соматичних компонентів, тобто одночасну або взаємозумовлену присутність психопатологічних і соматичних проявів у клінічній картині захворювання.

Виходячи з концепції коморбідності, як критерію диференціації рівнів взаємопов'язаності психічної та соматичної патології, А. Б. Смулевич пропонує виділяти дві великі групи психосоматичних порушень:

1. Психосоматичні стани – це категорія розладів, для яких характерне психосоматичне або соматопсихічне «перекривання», що означає взаємопроникнення елементів психічної та соматичної патології. До цієї групи включаються:

— Соматичні захворювання, ускладнені психічною симптоматикою, зокрема конверсійними, тривожно-фобічними або депресивними компонентами. У таких випадках основне соматичне захворювання супроводжується виразними психопатологічними реакціями, які посилюють або модифікують перебіг хвороби.

— Соматичні патології, що супроводжуються ситуаційно зумовленими соматоформними розладами, тобто психічними реакціями, які проявляються у вигляді тілесних симптомів, не підтверджених органічними змінами, але актуалізованих на фоні хронічної чи гострої соматичної проблематики.

— Психічні розлади, редуковані до соматоформного рівня, які клінічно проявляються у формі тілесних скарг при відсутності явної психопатологічної симптоматики. У таких випадках власне психічний розлад маскується під тілесні порушення, що ускладнює діагностику.

2. Психореактивні стани – до цієї категорії входять психогенні реакції, що виникають як відповідь на наявну соматичну патологію або її наслідки. Вони поділяються на:

— Нозогенні реакції – психологічні реакції на хворобу, її діагноз, перебіг, інвалідизацію тощо, які можуть варіюватися від адаптаційних до патологічних форм (наприклад, депресивна реакція на тяжке захворювання).

— Соматогенні реакції – реакції психіки, зумовлені безпосереднім біологічним впливом соматичної патології або її лікування (наприклад, енцефалопатії при метаболічних порушеннях, психози на фоні тяжкої інтоксикації).

У межах сучасного клінічного підходу до психосоматичних порушень, що орієнтований на потреби лікарів загальної практики, пропонується систематика, яка дозволяє диференційовано оцінити прояви

психосоматичних реакцій залежно від ступеня тяжкості та глибини залучення соматичних структур. Така класифікація охоплює три основні рівні розвитку психосоматичних розладів:

1. Початкові психосоматичні реакції, які, як правило, мають ситуативно обумовлений, оборотний характер і виникають у відповідь на гострий або хронічний психотравмуючий фактор.

2. Функціональні психосоматичні синдроми, що характеризуються стійкістю клінічних проявів без наявності морфологічних змін у внутрішніх органах. У цій фазі вже спостерігається закріплення патологічних функціональних змін.

3. Психосоматичні захворювання (психосоматози) з наявними органічними (морфологічними) ураженнями внутрішніх органів, які формуються внаслідок тривалого впливу психогенного чинника на соматичну сферу.

Представлена модель відображає поступовий розвиток несприятливої клінічної динаміки – від короткочасної психосоматичної реакції до хронічного патологічного стану з органічним субстратом. При цьому слід враховувати, що у випадку психогенного генезу ця динаміка може відрізнитись від типового перебігу психогенних порушень, притаманного іншим захворюванням психогенної етіології [37, с. 320].

У межах сучасної психосоматичної медицини, соматопсихіатрії та неврології виокремлюються такі основні типи психосоматичних і соматопсихічних розладів:

1. Психосоматичні розлади – соматичні патології, що формуються під впливом психосоціальних чинників (стрес, міжособистісні конфлікти, емоційне перевантаження) за наявності біологічної (біоконституціональної) схильності.

2. Нозогенні розлади – патологічні психологічні або особистісні реакції на сам факт захворювання, його діагностичне повідомлення, хронічний перебіг чи наслідки.

3. Ятрогенні розлади – психоемоційні розлади, спричинені некоректними діями або висловлюваннями лікаря, що можуть призвести до формування у пацієнта нав'язливих уявлень про тяжкість або невиліковність хвороби.

4. Соматогенні розлади – психічні порушення, які виникають на фоні соматичних хвороб, внаслідок їх прямої токсичної, метаболічної чи нейрогенної дії на центральну нервову систему.

5. Психічні розлади, ускладнені соматичною патологією, зокрема ті, що супроводжуються тілесними ураженнями як наслідком самого психічного стану (наприклад, алкоголізм, розлади харчової поведінки, анорексія, булімія).

6. Соматоформні розлади – психічні порушення, які клінічно проявляються у вигляді соматичних скарг за відсутності верифікованої органічної патології. Їх характерною особливістю є невідповідність між виразністю суб'єктивної симптоматики і результатами об'єктивного медичного обстеження.

7. Дисоціативні (конверсійні) розлади рухів і відчуттів – психогенно зумовлені порушення сенсорних або моторних функцій, які імітують соматичну або неврологічну патологію, але не мають органічного підґрунтя, що може бути виявлене за допомогою традиційних медичних методів діагностики [46].

Окрему увагу слід приділити ситуаціям, коли психічні розлади виникають або загострюються на тлі соматичної патології, тобто мають соматозумовлений характер маніфестації. У таких випадках психопатологічна симптоматика (наприклад, депресивний, тривожний або психотичний синдром) проявляється як вторинна реакція на фізичне захворювання. До того ж, у структурі різноманітних психічних розладів – як невротичного, так і психотичного рівня – можуть бути присутніми соматичні скарги, що ускладнюють діагностичний процес і вимагають мультидисциплінарного підходу до лікування.

Висновки до першого розділу

Теоретичний аналіз заявленої проблеми дав можливість зробити наступні висновки:

1. Психосоматичні порушення – це група захворювань або функціональних розладів, що виникають або поглиблюються під впливом психологічних чинників, зокрема тривалого стресу, емоційного напруження, внутрішніх конфліктів або травматичних переживань. В основі таких порушень лежить взаємозв'язок між психічним і соматичним (тілесним) станом людини, коли психологічні процеси здатні викликати або суттєво впливати на перебіг тілесних симптомів і хвороб. Сучасні наукові концепції підтверджують, що психосоматичні розлади виникають як наслідок глибинних внутрішньоособистісних конфліктів, низького рівня емоційної усвідомленості, порушень процесу психосоматичної інтеграції, а також тривалого впливу психосоціального дистресу. Наукові підходи стверджують, що психосоматичні симптоми є символічним вираженням незадоволених потреб, афективних переживань чи порушеного емоційного регулювання.

2. Психосоматичні розлади виникають внаслідок складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників, які зумовлюють специфічні механізми розвитку тілесних захворювань. У сучасних наукових дослідженнях окреслюються два основні підходи до розуміння цих порушень: перший акцентує увагу на впливі психологічних чинників на виникнення і перебіг соматичних захворювань, а другий – на зворотному впливі фізіологічних змін на психічний стан і емоційне благополуччя людини. До типових психосоматичних розладів відносять бронхіальну астму, гіпертонічну хворобу, виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки, синдром подразненого кишечника, атопічний дерматит, головний біль напруження, серцево-судинні та шлунково-кишкові дисфункції, а також деякі види безсоння чи хронічної втоми.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПСИХОСАМТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

2.1. Методичні основи емпіричного дослідження: підбір методик та формування вибірки

Юнацький вік є критичним етапом психофізіологічного та особистісного розвитку, який супроводжується значними емоційними навантаженнями, формуванням ідентичності та пошуком власного місця в соціумі. У цей період підвищується ризик виникнення психосоматичних порушень як своєрідної форми реагування на хронічний стрес, внутрішні конфлікти та труднощі соціальної адаптації.

Особливу наукову й практичну значущість набуває вивчення психосоматичних проявів у юнаків, оскільки саме в цьому віковому періоді часто відбувається становлення механізмів емоційної саморегуляції, які, у разі порушення, можуть призводити до соматизації психологічних переживань. Виявлення специфіки таких проявів, їх інтенсивності та поширеності є важливим кроком до розробки ефективних програм профілактики та психокорекції.

У межах даного розділу представлено результати емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення особливостей психосоматичних симптомів у юнаків, проаналізовано їх зв'язок із психологічними факторами, що зумовлюють виникнення відповідних порушень, та зроблено висновки щодо напрямів подальшої психопрофілактичної роботи.

Гіпотеза дослідження – психосоматичні розлади у юнаків пов'язані з проявом негативних переживань, таких як високе нервово-психічне напруження, негативне емоційне самопочуття та агресивність, ригідність, тривожність та фрустрація.

Задачі:

1. Сформувати діагностичну вибірку та підібрати діагностичний інструментарій.
2. Емпірично дослідити особливості прояву психосоматичних порушень юнаків.
3. Емпірично дослідити особливості прояву нервово-психічного напруження юнаків.
4. Емпірично дослідити особливості самопочуття, активності та настрою юнаків.
5. Емпірично дослідити особливості агресивності, ригідності, фрустрації і тривожності юнаків.
6. Встановити наявність статистичного зв'язку між психосоматичними розладами та дослідженими параметрами.

Проведення емпіричного дослідження відбувалося у кілька послідовних етапів, кожен із яких мав конкретну мету та завдання.

На початковому етапі реалізації емпіричної частини дослідницького проекту було здійснено ретельну процедуру добору респондентів, яка ґрунтувалася на чітко визначених критеріях відповідно до мети, завдань та гіпотези дослідження. Формування вибірки відбувалося з урахуванням принципів наукової репрезентативності та статистичної доцільності, що забезпечило можливість узагальнення отриманих результатів на ширшу популяцію. У межах цього етапу було сформовано дві порівнювані групи, що дозволило створити умови для коректного аналізу впливу досліджуваних факторів та достовірного зіставлення показників.

Після завершення формування вибірки було визначено оптимальний комплекс психодіагностичних методик, які відповідали критеріям надійності, валідності та релевантності досліджуваним психологічним конструктам. Обраний інструментарій дозволив забезпечити об'єктивність і точність у зборі первинних емпіричних даних, необхідних для подальшого аналізу.

Емпіричний етап дослідження охоплював проведення стандартизованих психодіагностичних процедур, спрямованих на оцінювання визначених

характеристик респондентів. У процесі збору даних здійснювалося дотримання етичних норм, принципів добровільності участі та конфіденційності отриманої інформації. Даний етап передбачав як індивідуальне, так і групове тестування, залежно від формату конкретної методики.

Основна частина дослідження включала аналіз отриманих результатів з метою перевірки робочої гіпотези та виявлення структурних зв'язків між окремими змінними. Була проведена порівняльна оцінка показників двох експериментальних груп, що дозволило визначити наявність статистично значущих розбіжностей, а також виявити загальні тенденції, характерні для цільової вибірки.

На завершальному етапі було здійснено поглиблену обробку зібраного емпіричного матеріалу з використанням як кількісного, так і якісного аналізу. Обчислення проводилося за допомогою сучасних статистичних методів, включаючи елементи описової статистики, перевірку статистичних гіпотез (зокрема коефіцієнту кореляції за Спірменом) та графічну візуалізацію даних у формі таблиць, гістограм і діаграм. Для обробки та інтерпретації результатів були використані ліцензійні програмні засоби, зокрема Microsoft Excel і пакет статистичного аналізу SPSS.

Узагальнення отриманих результатів здійснювалося шляхом зіставлення емпіричних даних із сучасними теоретичними моделями, що дозволило сформулювати цілісне уявлення про закономірності досліджуваного феномену. Використання методів класифікації, категоризації та комплексного аналізу сприяло поглибленому розумінню специфіки психосоматичних проявів у юнацькому віці та інтеграції висновків у контекст сучасної психологічної науки.

Характеристика вибірки – 60 юнаків, віком 20-24 роки, які навчаються в закладах вищої освіти України.

Для дослідження особливостей прояву психосоматичної сфери юнаків були використані наступні діагностичні методи:

1. Авторський опитувальник проявів психосоматичних порушень (Додаток А) є скринінговим інструментом, створеним для ідентифікації ознак психосоматичних проявів у осіб юнацького віку. Його діагностична мета полягає у кількісній оцінці вираженості соматизованих симптомів, психоемоційного напруження, усвідомлення взаємозв'язку між психічним станом та тілесними реакціями, а також рівня сприйнятої соціальної підтримки, що розглядається як потенційний резилієнтний чинник у подоланні психосоматичних труднощів.

2. Методика «Оцінка нервово-психічної напруги» (Т. А. Немчин) застосовується для виявлення рівня емоційно-стресового навантаження через аналіз спектра поведінкових і соматичних симптомів, характерних для стану хронічного стресу. Інструмент базується на систематизації клінічних ознак, які спостерігалися у випробуваних за умов інтенсивного психоемоційного напруження (наприклад, під час складання іспитів чи перебування у стані тривожних розладів). В результаті масштабного емпіричного дослідження з вибіркою понад 500 осіб було сформовано підсумковий перелік із 30 індикаторів, розподілених за трьома рівнями інтенсивності (низький, середній, високий). Оцінювання здійснюється за шкалою від 30 до 90 балів, що дозволяє диференціювати ступінь нервово-психічної напруги.

3. Методика САН (самопочуття, активність, настрої) призначена для експрес-діагностики поточного функціонального стану особистості. Опитувальник включає 30 біполярних шкал, що репрезентують три ключові компоненти психофізіологічного самопочуття – суб'єктивну оцінку загального фізичного стану, рівня енергійності та емоційного фону. Шляхом самооцінювання на шкалах респонденти надають інформацію, яка дозволяє класифікувати їхній стан за рівнями (низький, середній, високий), що має значення для комплексної оцінки психоемоційного благополуччя.

4. Опитувальник «Станів тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка, автори адаптації – С. Д. Максименко, Л. М. Карамушка, Т. В. Зайчикова) є психодіагностичним

засобом, що містить 40 питань і спрямований на вимірювання рівня чотирьох ключових емоційно-особистісних станів. Методика дозволяє визначити ступінь вираженості тривожності, схильності до агресивних реакцій, емоційної нестійкості у відповідь на фрустрацію, а також ригідності як індикатора труднощів у зміні поведінкових стратегій. Отримані дані є важливими для розуміння чинників ризику формування психосоматичних розладів та побудови відповідних психопрофілактичних заходів.

2.2. Емпіричне дослідження проявів психосоматичних порушень юнаків

На початковому етапі емпіричного дослідження основна увага приділялася вивченню специфіки проявів психосоматичних порушень у респондентів юнацького віку. Отримані результати анкетування узагальнено та візуалізовано у вигляді графічної інтерпретації (див. рис. 2.1).

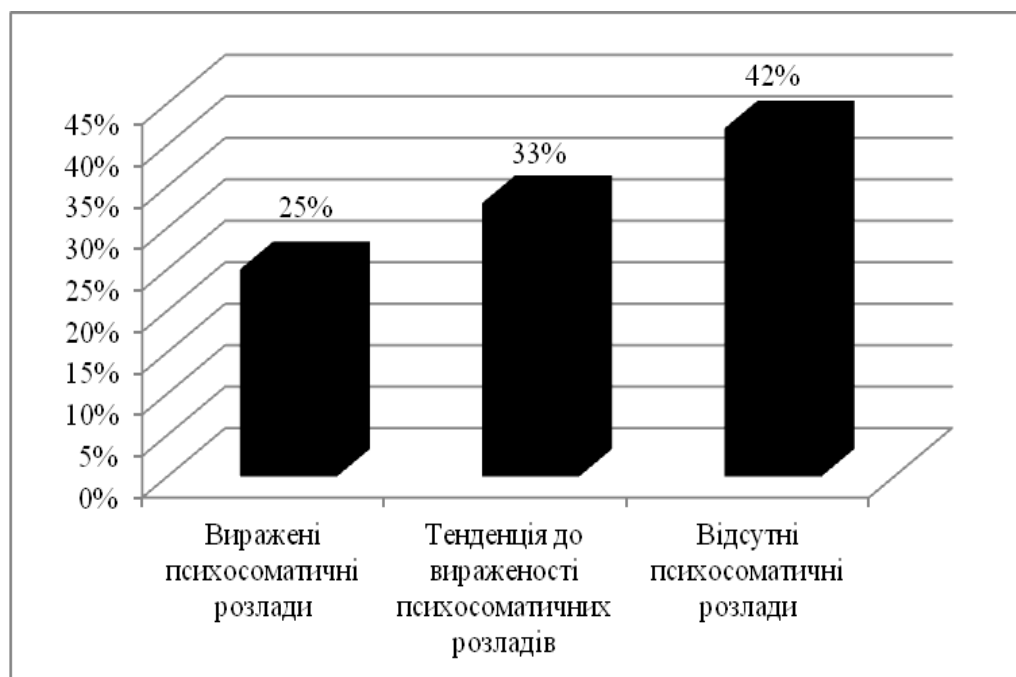


Рис. 2.1. Прояв психосоматичних розладів у юнаків

Як ми бачимо, у 25% обстежених юнаків зафіксовано наявність виражених психосоматичних порушень. Цей рівень свідчить про наявність стійких і систематичних соматичних симптомів, які мають чіткий зв'язок із психоемоційним напруженням. До можливих проявів можна віднести хронічні головні болі, розлади шлунково-кишкового тракту (наприклад, гастрит, синдром подразненого кишечника), серцебиття, підвищену втомлюваність, порушення сну, а також часті застудні захворювання як відповідь організму на психічне виснаження. Причинами подібного рівня порушень можуть бути: тривалий вплив стресових чинників (наприклад, шкільне перевантаження, емоційно несприятливе середовище), низький рівень психологічної стійкості, недостатній рівень навичок саморегуляції та емоційної грамотності.

У 33% респондентів виявлено тенденцію до вираженості психосоматичних порушень, що свідчить про наявність окремих психосоматичних симптомів, які ще не досягли клінічно значущого рівня, але мають потенціал до поглиблення за умови збереження або посилення дії стресогенних чинників. У цьому випадку можуть спостерігатися епізодичні болі в животі або грудях, періодичні порушення сну, тимчасові прояви тривожності, підвищена пітливість, коливання артеріального тиску тощо. Такий стан часто пов'язаний із психоемоційною нестабільністю, внутрішніми конфліктами, надмірною самокритичністю або емоційною незрілістю.

У 42% обстежених не було виявлено ознак психосоматичних розладів, що може свідчити про достатній рівень адаптаційних можливостей, ефективне функціонування механізмів психологічного захисту, задовільний рівень психічного і соматичного здоров'я. Ймовірно, ці респонденти мають сформовані навички емоційної саморегуляції, знаходяться в соціально підтримувальному середовищі та менш схильні до хронічного стресу.

2.3. Емпіричне дослідження нервово-психічного напруження юнаків

На наступному етапі дослідницької роботи була здійснена діагностика рівня нервово-психічного напруження серед респондентів юнацького віку. Цей етап мав на меті виявлення ступеня психоемоційного напруження, яке є важливим чинником у формуванні психосоматичних проявів.

Зважаючи на те, що юнацький вік характеризується високою емоційною чутливістю, гормональними змінами та активним формуванням ідентичності, саме в цей період підлітки особливо вразливі до тривалого або інтенсивного нервового навантаження. Таке напруження, у разі відсутності ефективних механізмів адаптації, може реалізовуватися у формі соматизованих симптомів, зокрема головного болю, порушення сну, шлунково-кишкових розладів, серцебиття тощо. Результати даного етапу представлені нижче на рис. 2.2.

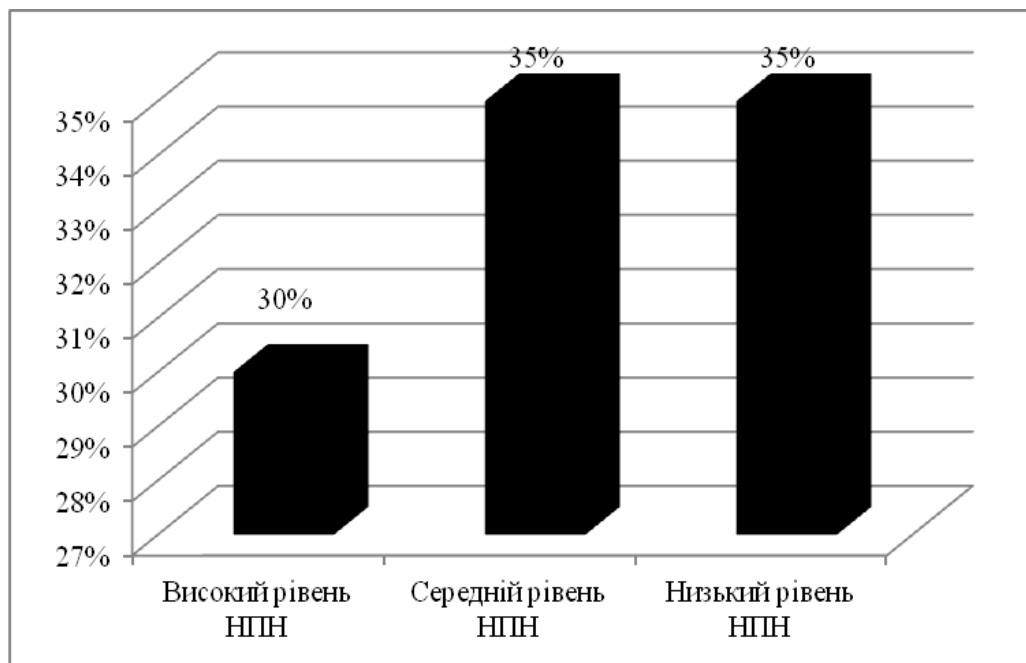


Рис. 2.2. Рівень прояву нервово-психічного напруження юнаків (НПН)

Як наглядно продемонстровано, високий рівень нервово-психічного напруження притаманний 30% опитаних юнаків. Цей рівень свідчить про

наявність істотного дисбалансу в нервово-психічній регуляції та зниження адаптаційних можливостей організму у цих респондентів. Для юнаків із високим рівнем НПН характерні психічні симптоми: підвищена тривожність, дратівливість, порушення концентрації уваги, емоційна нестабільність; фізіологічні прояви: порушення сну, головний біль, тахікардія, шлунково-кишковий дискомфорт; поведенкові симптоми: уникання соціальних контактів, зниження мотивації до навчання, імпульсивні або захисні реакції.

Можливо, причинами можуть бути підвищене навчальне навантаження, міжособистісні конфлікти, нестача психоемоційної підтримки, високі внутрішні стандарти та самокритика.

Дещо більша частка опитаних юнаків (35%) мають середній рівень НПН. Даний рівень свідчить про наявність помірного психоемоційного напруження, яке може бути епізодичним або ситуативно зумовленим. У таких юнаків можуть спостерігатися:

1. Емоційна втома, що не носить хронічного характеру;
2. Невелике коливання настрою та працездатності;
3. Інколи – соматичні сигнали стресу (наприклад, підвищена пітливість, напруга м'язів);
4. Збережена здатність до саморегуляції та відновлення.

Цей стан може бути результатом тимчасових труднощів або реакцією на звичне шкільне чи соціальне середовище. При відсутності додаткового впливу сильних стрес-факторів ризик загострення незначний.

Низький рівень НПН, також, продемонстрували 35% юнаків. Цей рівень свідчить про ефективну адаптацію до умов життєдіяльності, високу стресостійкість та гармонійний психоемоційний стан. Такі юнаки характеризуються:

1. Здатністю до емоційної саморегуляції;
2. Відсутністю значущих проявів втоми або дезадаптації;
3. Стабільністю настрою та адекватною реакцією на труднощі.

Цей стан може бути зумовлений позитивним мікрокліматом у родині та навчальному середовищі, наявністю навичок конструктивного подолання стресу та достатнім рівнем психологічної зрілості.

2.4. Емпіричне дослідження самопочуття, активності та настрою юнаків

Наступним етапом дослідницької роботи стало вивчення особливостей емоційного стану юнаків, зокрема таких його компонентів, як самопочуття, рівень активності та настроїв. Дослідження цих параметрів було важливим для більш глибокого розуміння психоемоційного фону, на якому можуть розвиватися або посилюватися психосоматичні порушення.

З цією метою було використано методику "САН" (Самопочуття – Активність – Настрій), детальний опис якої подано в попередньому підрозділі. Ця методика дозволила кількісно оцінити суб'єктивний стан респондентів у момент обстеження, а також виявити потенційні емоційно-соматичні дисбаланси, що можуть слугувати психологічним фоном для розвитку психосоматичних симптомів.

Особлива увага приділялась тому, як юнаки оцінюють власне фізичне самопочуття, рівень життєвої енергії та активності, а також емоційне забарвлення повсякденних переживань. Аналіз цих параметрів дає змогу зробити припущення про ступінь адаптованості психіки до навантажень, наявність хронічного стресу, тривожності чи депресивних тенденцій, які часто лежать в основі соматичних порушень, таких як порушення сну, головні болі, розлади травлення тощо.

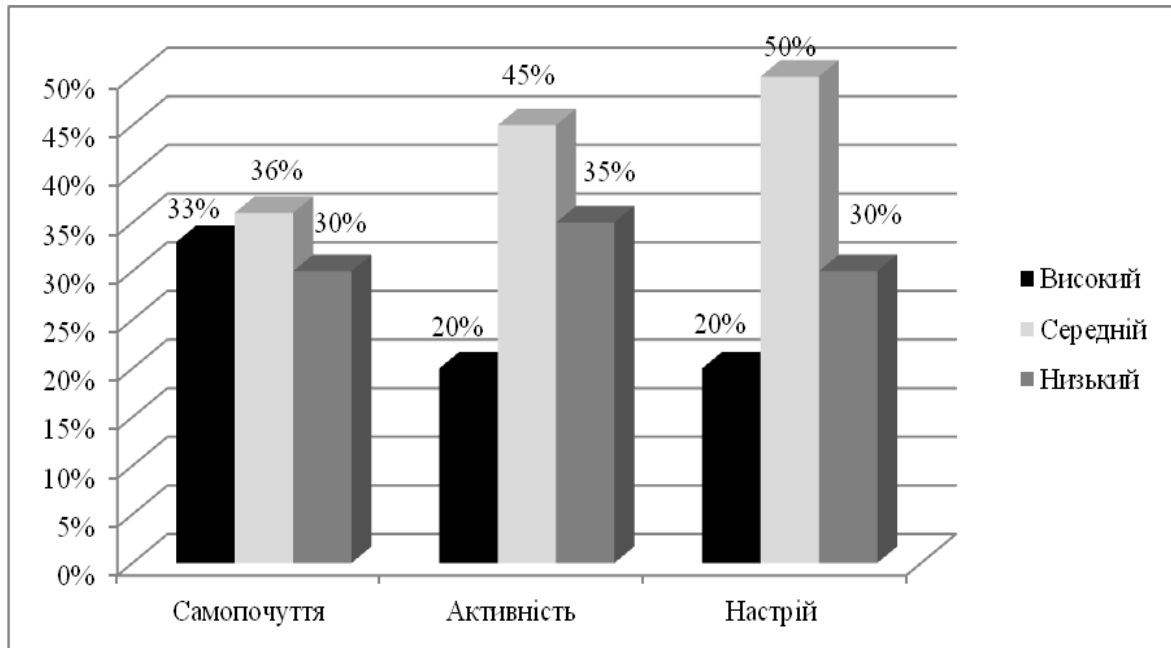


Рис. 2.3. прояв самопочуття, активності та настрою у юнаків

Як наглядно продемонстровано, більшість підлітків (69%) демонструють задовільне або хороше самопочуття, що свідчить про стабільний фізичний стан і відсутність вираженого психосоматичного дискомфорту. Водночас майже третина (30%) респондентів повідомляють про незадовільне самопочуття, що може проявлятися у вигляді соматичних скарг (головний біль, слабкість, порушення сну, швидка втомлюваність) і може бути індикатором прихованого психоемоційного виснаження.

Лише 1/5 підлітків демонструє високий рівень активності, що може вказувати на знижену енергетичну мобілізацію у більшості респондентів. 45% мають середній рівень активності, що свідчить про задовільну функціональну працездатність. Водночас 35% демонструють низьку активність, що може проявлятися у вигляді загальмованості, апатії, зниження мотивації, зменшення ініціативності.

Половина респондентів перебуває в зоні емоційної стабільності, що свідчить про відсутність виражених афективних порушень. Проте 30% підлітків мають знижений настрій, що може проявлятися у формі дратівливості, замкнутості, байдужості, емоційної нестійкості, пригнічення.

Лише 20% демонструють високий рівень настрою, що є індикатором позитивного емоційного фону, задоволеності собою та середовищем.

2.5. Емпіричне дослідження прояву, фрустрації, ригідності та агресивності юнаків

Наступним етапом емпіричного дослідження стало вивчення психологічних характеристик, які можуть відігравати ключову роль у виникненні або загостренні психосоматичних порушень у юнаків, зокрема рівня фрустрації, ригідності та агресивності.

Аналіз зазначених особистісних рис є важливим з огляду на те, що саме фрустраційні реакції, нездатність до гнучкого пристосування (ригідність) та високий рівень внутрішньої напруги, що виливається в агресивну поведінку, часто виступають тригерними механізмами соматизації емоційного дистресу. Іншими словами, негативні психоемоційні переживання, які не знаходять конструктивного виходу, можуть трансформуватися у тілесні симптоми – порушення сну, серцево-судинні скарги, розлади травлення, болі неясного походження тощо. Результати даного етапу, наглядно зафіксовані на рис. 2.4.

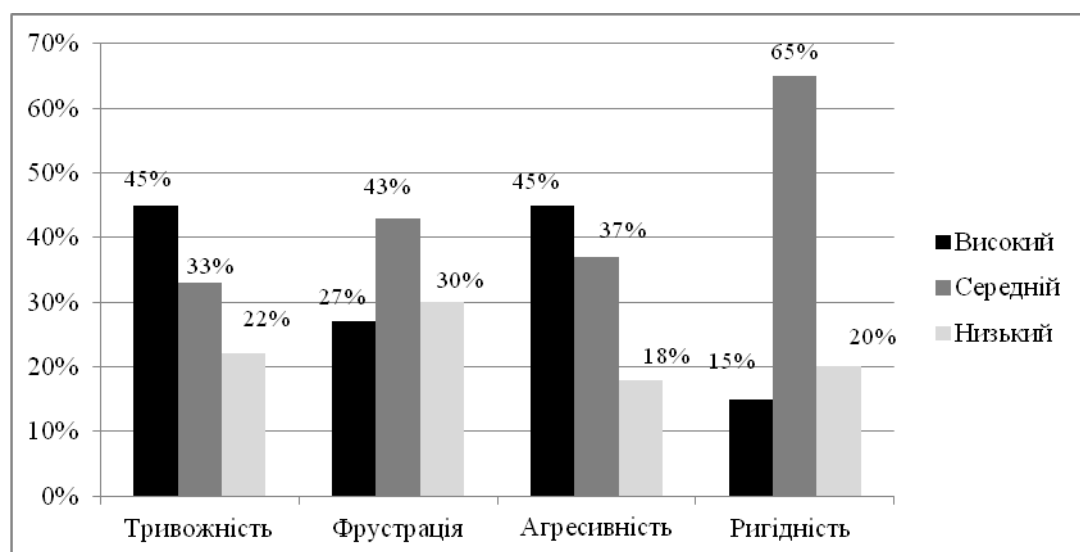


Рис. 2.4. Прояв тривожності, фрустрації, ригідності та агресивності юнаків

Як ми можемо бачити, у 45% опитаних юнаків тривожність проявляється на високому рівні. Такий показник тривожності у майже половини респондентів може свідчити про стійку внутрішню напругу, очікування небезпеки чи невизначеності, які не знаходять зовнішнього вирішення. Тривожність є одним із найчастіших психологічних джерел соматизації, і в юнацькому віці вона часто проявляється через головні болі, розлади шлунково-кишкового тракту, порушення сну, дихальні симптоми тощо.

Фрустрація, як стан психічної напруги через незадоволення потреб або недосягнення цілей, у середньому або високому рівні виявлена у понад 70% опитаних. Така емоційна нестабільність може бути джерелом вторинного соматичного реагування, особливо при повторюваних ситуаціях розчарування чи відчуття безпорадності. Типовими психосоматичними наслідками можуть бути вегетативні порушення, зниження апетиту, болі в м'язах чи шлунку, підвищена дратівливість.

Високий рівень агресивності у значної частини респондентів може вказувати на утруднення в емоційній регуляції та вираженні фрустраційних реакцій. Якщо агресія не реалізується назовні, вона може бути звернена всередину (аутоагресія), що потенційно сприяє формуванню психосоматичних симптомів (наприклад, функціональні порушення серцево-судинної або шлунково-кишкової системи, психогенна втома, апатія).

Ригідність, як психологічна негнучкість, може утруднювати адаптацію до змін і сприяти накопиченню внутрішньої напруги у ситуаціях, які вимагають гнучкого реагування. Переважання середнього рівня ригідності свідчить про наявність певних труднощів в адаптаційних процесах, що може створювати фон для розвитку психосоматичних реакцій при повторюваному стресі.

Отримані результати дають підстави припустити, що тривожність та агресивність є провідними психологічними чинниками, які найбільш імовірно пов'язані з проявами психосоматичних розладів у юнаків. Їх поєднання з помірною фрустрацією та ригідністю формує емоційно

нестабільний фон, який перешкоджає адекватному емоційному розрядженню та сприяє вегетативному, соматичному або поведінковому вираженню психоемоційного стресу.

2.6. Математичний аналіз результатів дослідження

На завершальному етапі емпіричного дослідження було поставлено завдання з'ясувати, яким чином рівень психосоматичних порушень у юнаків пов'язаний із певними емоційно-психологічними параметрами. Зокрема, увага приділялася таким чинникам, як нервово-психічне напруження, суб'єктивне самопочуття, рівень активності, емоційний фон (настрій), показники тривожності, фрустрованості, агресивності та ригідності. Ці показники є значущими, оскільки можуть виступати як індикатори порушень адаптаційних механізмів організму, що лежать в основі психосоматичної симптоматики.

Для перевірки гіпотези про наявність статистично значущих взаємозв'язків між зазначеними змінними було використано метод кореляційного аналізу за Спірменом. Цей метод є доцільним для вивчення нелінійних зв'язків між психологічними характеристиками у випадках, коли розподіл вибірки не відповідає нормі. Результати кореляційного аналізу наведено в таблиці 2.1, і вони дозволяють сформулювати попередні припущення про потенційні механізми формування психосоматичних розладів у юнацькому віці.

З огляду на специфіку вікового етапу, можна припустити, що такі чинники, як підвищена тривожність, фрустрація внаслідок незадоволених потреб або очікувань, а також агресивні тенденції, які можуть бути спрямовані як назовні, так і всередину (аутоагресія), здатні виступати тригерами психосоматичних реакцій. Ригідність же, як показник низької гнучкості у зміні моделей поведінки, може ускладнювати процес адаптації до психоемоційних навантажень, що, у свою чергу, підвищує ризик

психосоматичних проявів. У контексті юнацького віку це набуває особливого значення, оскільки саме в цей період відбувається активний процес становлення ідентичності, самосвідомості та емоційної саморегуляції, що робить особистість вразливішою до психосоматичних розладів за наявності несприятливих психологічних чинників.

Таблиця 2.4.

Результати кореляційного аналізу

| | Вираженість психосоматичних розладів |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| Нервово-психічне напруження | 0,39* |
| Самопочуття | 0,37* |
| Активність | 0,012 |
| Настрій | 0,16 |
| Тривожність | 0,45* |
| Фрустрація | 0,37* |
| Агресивність | 0,44* |
| Ригідність | 0,031 |

Як показують результати кореляційного аналізу наведені в таблиці, було виявлено два типи зв'язку між психосоматичними розладами і параметрами психоемоційної сфери.

1. Помірний позитивний зв'язок з вираженістю психосоматичних розладів мають: Тривожність ($r = 0,45$), агресивність ($r = 0,44$), нервово-психічне напруження ($r = 0,39$), фрустрація ($r = 0,37$) та самопочуття ($r = 0,37$). Це означає, що зі збільшенням значень цих змінних зростає ймовірність появи або посилення психосоматичних симптомів.

Припускаємо, що тривожність є одним з провідних чинників, що підвищують вірогідність розвитку психосоматичних розладів. Високий рівень тривоги може призводити до соматизації емоційного напруження – тобто

тілесного прояву психологічного дистресу (наприклад, головний біль, порушення травлення, болі в грудях).

Агресивність, особливо репресована або неусвідомлена, може сприяти соматичним симптомам через внутрішній конфлікт, оскільки зовнішнє вираження емоцій блокується.

Нервово-психічне напруження відображає загальний стан перевантаження нервової системи, що часто проявляється у фізичних порушеннях – зокрема, у формі вегетативних симптомів (пітливість, тремор, серцебиття).

Фрустрація як стан незадоволеності потреб або перешкод у досягненні цілей спричиняє хронічне напруження, що здатне проявитися через психосоматичну симптоматику. Негативне самопочуття також може бути маркером вже існуючих психосоматичних змін і водночас чинником подальшої дезадаптації.

2. Активність ($r = 0,012$), настрій ($r = 0,16$) та ригідність ($r = 0,031$) не мають статистично значущого зв'язку з психосоматичними розладами, що може свідчити про їхню менш виражену роль у розвитку таких симптомів.

Отримані результати дозволяють припустити, що психосоматичні розлади у юнаків можуть формуватися як наслідок емоційного перенапруження, фіксації на внутрішньому конфлікті, а також нездатності ефективно справлятися зі стресогенними ситуаціями. Особливої уваги потребують високотривожні особи з вираженою фрустрацією та агресивністю, які можуть несвідомо трансформувати психологічну напругу у тілесні прояви.

Висновки до другого розділу

В результаті емпіричного дослідження ми зробили наступні висновки:

1. Психосоматичні порушення є досить поширеним явищем серед юнаків, а також мають різний рівень вираженості, що залежить від

індивідуально-психологічних та середовищних чинників. Було встановлено, що чверть опитаних юнаків (25%) демонструють яскраво виражену психосоматичну симптоматику, що свідчить про наявність стійких і систематичних фізичних скарг, тісно пов'язаних із психоемоційним напруженням. Водночас у 42% юнаків не було виявлено суттєвих ознак психосоматичних розладів, що може розглядатися як позитивний показник збереженого психофізіологічного балансу.

2. Високий рівень нервово-психічного напруження, зафіксований у 30% опитаних, що можна розглядати як потенційно деструктивний фактор, який підвищує ризик розвитку психосоматичних порушень. Для цієї категорії юнаків характерні не лише фізіологічні прояви дистресу, але й порушення емоційної регуляції, що ускладнює адаптацію до навчального навантаження, міжособистісних викликів і загалом до змін середовища. Цей стан, імовірно, формується під впливом поєднання зовнішніх чинників (наприклад, соціального тиску, емоційної ізоляції) та внутрішніх (завищені очікування, низька толерантність до фрустрації).

3. Результати, отримані за методикою САН, виявили як загальні тенденції до емоційної стабільності у значної частини респондентів, так і наявність тривожних симптомокомплексів у окремої частини юнаків. Понад 30% респондентів вказали на знижене самопочуття, що є потенційним індикатором прихованого психоемоційного виснаження або хронічного стресу, які часто реалізуються у формі головного болю, порушень сну, втоми та соматизованої тривожності.

У 35% респондентів характеризуються низькою активністю, що може свідчити про психоемоційне виснаження, втрату мотивації, апатичні або субдепресивні стани. Це є тривожним маркером, особливо в контексті зниження адаптаційних можливостей та зростання ризику психосоматичних проявів.

У 30% юнаків виявили ознаки зниженого настрою, які можуть проявлятися через дратівливість, емоційну нестійкість, ізоляцію або втрату

інтересу до звичних активностей. Ці прояви можуть бути як результатом тривалого психоемоційного перенавантаження, так і ранніми симптомами депресивних тенденцій, що підвищують ризик виникнення психосоматичних порушень.

4. Тривожність, яка виявлена на високому рівні у 45% юнаків, виступає не лише індикатором емоційного напруження, але й потенційним чинником виникнення соматичних скарг: розладів сну, головного болю, проблем із диханням або шлунково-кишковим трактом. У цьому віці тривожні переживання часто не вербалізуються, а трансформуються у тілесні симптоми, що ускладнює своєчасну психологічну діагностику та втручання.

Фрустрація, у середньому або високому прояві характерна для понад 70% респондентів, свідчить про знижену здатність справлятися із ситуаціями перешкод, невдач чи незадоволених потреб. У підлітковому віці така внутрішня напруга часто не знаходить адаптивного способу розв'язання й акумулюється в тілі, викликаючи функціональні порушення – від втомлюваності до зниженого імунітету чи порушень апетиту.

Агресивність, як емоційна реакція на фрустрацію та внутрішню напругу, є ще одним вираженим фактором у поведінковому профілі юнаків. Її надмірна інтенсивність або пригнічення (у формі аутоагресії) можуть призводити до хронічного емоційного дискомфорту та розвитку психосоматичних порушень, зокрема з боку серцево-судинної та травної системи, що є типовим для психовегетативних синдромів у підлітків.

Ригідність, яка частіше проявляється на середньому рівні, свідчить про часткову негнучкість психіки в умовах змін або стресу. Юнаки з таким типом реагування можуть відчувати труднощі в адаптації до соціальних або академічних викликів, що знижує їхній ресурс емоційної саморегуляції та створює передумови для накопичення стресу з подальшою соматизацією.

5. Проведений математичний аналіз результатів емпіричного дослідження дозволив виявити суттєві взаємозв'язки між психосоматичними порушеннями у юнаків та окремими психологічними характеристиками, що

обумовлюють емоційно-поведінкову реактивність у складних життєвих ситуаціях. Зокрема, дані кореляційного аналізу за Спірменом підтверджують статистично значущий позитивний зв'язок між вираженістю психосоматичних розладів і такими показниками, як тривожність, агресивність, нервово-психічне напруження, фрустрація та негативне суб'єктивне самопочуття.

РОЗДІЛ 3

КОРЕКЦІЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

3.1. Профілактика та попередження психосоматичних розладів: підходи та методи

Профілактика та корекція психосоматичних порушень у юнацькому віці становить важливий науково-практичний інтерес як для психологічної, так і педагогічної галузей, оскільки саме в період юності, що характеризується інтенсивним біологічним дозріванням, емоційною нестабільністю та становленням особистості, спостерігається підвищена чутливість до психоемоційних навантажень. Під впливом тривалого стресу, міжособистісних конфліктів, внутрішньої напруги, а також труднощів у сфері самовираження емоцій, значно зростає ризик розвитку психосоматичних розладів, що проявляються у вигляді функціональних порушень у різних системах організму за відсутності органічної патології.

Психосоматичні порушення у юнаків часто є результатом хронічного емоційного перенапруження, репресії афективних станів, неможливості адекватного вираження емоцій або неефективних механізмів психологічного захисту. У цьому віці психосоматична симптоматика може набувати стійкого характеру та впливати на якість життя, шкільну успішність, соціальні взаємини та емоційний добробут.

У зв'язку з цим особливого значення набуває впровадження цілісної системи профілактично-корекційної допомоги, яка ґрунтується на мультидисциплінарному підході, що поєднує психологічні, педагогічні, соціально-корекційні та психогігієнічні методи. Такий підхід передбачає не лише зменшення проявів психосоматичних симптомів, а й формування у юнаків навичок саморегуляції, стресостійкості, адекватного емоційного

реагування, підвищення рівня усвідомленості тіла та розвиток конструктивних форм поведінки в умовах стресу.

До числа найбільш ефективних психологічних підходів у роботі з юнаками, які демонструють ознаки психосоматичних розладів, належить система методів, спрямованих на глибоку особистісну трансформацію, розвиток емоційної саморегуляції, підвищення тілесної обізнаності та зменшення рівня психоемоційного напруження. Серед них виокремлюються такі напрями:

1. Психотерапевтичні методи. До даної категорії належить як індивідуальна, так і групова психотерапія, основним завданням якої є виявлення та опрацювання внутрішньоособистісних конфліктів, формування у юнаків навичок емоційного усвідомлення, самоконтролю та конструктивного подолання стресових ситуацій. Одним із найбільш результативних підходів у контексті роботи з психосоматичною симптоматикою є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Її ефективність обумовлена здатністю впливати на когнітивні спотворення, деструктивні переконання та автоматичні думки, що опосередковано викликають соматичні реакції. Завдяки модифікації негативних патернів мислення юнаки навчаються переосмислювати стресові стимули та формувати більш адаптивні стратегії реагування.

2. Арттерапевтичні методи. Арттерапія розглядається як м'який, ненасильницький інструмент психокорекції, що дозволяє учасникам безпосередньо чи символічно виразити внутрішні емоційні переживання, які не завжди доступні вербалізації. Залучення юнаків до образотворчої діяльності (малювання, ліплення, колажування), музики, поезії чи інших форм творчості сприяє зниженню рівня тривожності, емоційному розвантаженню, поліпшенню афективної сфери та усвідомленню особистісного досвіду. Творчий процес, у даному випадку, слугує не лише засобом самовираження, а й механізмом глибокої саморефлексії та інтеграції психічних процесів.

3. Тілесно-орієнтовані методики. Ці методи базуються на ідеї цілісності психіки й тіла, згідно з якою будь-яке емоційне порушення має тілесне відображення. Використання тілесно-орієнтованих практик дає змогу юнакам наново усвідомити свої тілесні сигнали, розпізнавати напругу в окремих м'язових групах, і, відповідно, регулювати свій стан через роботу з тілом. До таких технік належать: дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація за методом Е. Джейкобсона, елементи йоготерапії, а також вправи з тілесної терапії, що включають в себе рухові практики, розтягування та фокусування на тілесних відчуттях. Такі техніки ефективно знижують фізіологічні прояви тривоги, сприяють відновленню психосоматичного балансу та формують позитивний тілесний досвід.

4. Методи розвитку емоційного інтелекту (ЕІ). Сучасні дослідження доводять тісний зв'язок між рівнем емоційного інтелекту та психосоматичним здоров'ям індивіда. Робота над розвитком ЕІ включає низку вправ, спрямованих на розпізнавання та ідентифікацію власних емоцій, здатність вербалізувати почуття, емпатійно сприймати емоційні стани інших, а також ефективно регулювати афективні реакції. Застосування таких вправ у роботі з юнаками сприяє зниженню рівня внутрішнього конфлікту, формуванню адаптивної поведінки в соціальних ситуаціях та поліпшенню загального психоемоційного і соматичного самопочуття. Це, у свою чергу, позитивно впливає на рівень самоусвідомлення, стресостійкість та здатність до самодопомоги.

У межах освітнього середовища, спрямованого на збереження та підтримку психосоматичного благополуччя юнаків, важливо впроваджувати цілеспрямовані педагогічні стратегії, які поєднують психопрофілактичні, освітні та виховні компоненти. Юнацький вік характеризується високою чутливістю до соціальних впливів, інтенсивним емоційним розвитком і формуванням базових установок щодо власного здоров'я. У цьому контексті важливою умовою ефективної профілактики психосоматичних порушень є

інтеграція психологічно обґрунтованих методів у навчально-виховний процес. Зокрема, можуть бути використані такі педагогічні прийоми:

1. Формування навичок адаптивної поведінки в умовах стресу. Одним із провідних завдань є розвиток у юнаків здатності конструктивно реагувати на стресові ситуації. Для цього доцільно впроваджувати інтерактивні методи навчання, зокрема: тренінги психологічної стійкості, рольові ігри, моделювання конфліктних ситуацій, дискусії. Такі форми роботи сприяють опануванню ефективних стратегій саморегуляції, розвивають емоційний інтелект, сприяють формуванню навичок ненасильницької комунікації та подолання конфліктів у соціально прийнятний спосіб.

2. Підтримання позитивного соціально-психологічного клімату в освітньому середовищі. Для зниження ризиків психоемоційного виснаження необхідно створити безпечну та підтримувальну атмосферу в навчальному закладі. Це передбачає формування середовища взаємоповаги, емпатії, визнання індивідуальної цінності кожного юнака. Емоційно сприятливий мікроклімат відіграє роль буфера, що знижує вплив стресових чинників і сприяє стабілізації психосоматичного стану.

3. Психопросвітницька діяльність серед здобувачів освіти. Систематичне проведення освітньо-просвітницьких заходів – лекцій, тренінгів, бесід, класних годин – з тем психічного та психосоматичного здоров'я, саморегуляції, стрес-менеджменту, емоційної грамотності, здорового способу життя, сприяє формуванню в юнаків усвідомленого ставлення до себе, свого тіла та емоційної сфери. Такий підхід підвищує рівень психологічної культури та мотивацію до збереження психосоматичного здоров'я.

4. Сприяння соціальній інтеграції через групову підтримку. Організація юнацьких об'єднань за інтересами, груп самопідтримки, фасилітованих зустрічей та комунікативних майданчиків відіграє важливу роль у зменшенні почуття ізоляваності, розвитку соціальних навичок і зміцненні емоційної стабільності. Через безпечне спілкування у групі юнаки мають змогу

отримати позитивне зворотне зв'язок, ідентифікувати себе як частину спільноти та ефективніше опрацьовувати особистісні труднощі.

5. Використання спеціалізованих профілактичних програм і тренінгів. Важливо запроваджувати науково обґрунтовані тренінгові програми, спрямовані на формування стресостійкості, розвиток емоційної регуляції, корекцію деструктивних поведінкових патернів, підтримку позитивної самооцінки, зміцнення впевненості в собі. Такі програми мають бути адаптовані до вікових та індивідуальних особливостей юнаків і сприяти формуванню стійких психологічних ресурсів.

З огляду на зазначене, проведення спеціально організованих тренінгових програм, спрямованих на психоемоційне розвантаження, тілесно-орієнтовану релаксацію, розвиток навичок емоційної регуляції та комунікативної компетентності, є ефективним інструментом профілактики та корекції психосоматичних порушень у юнаків.

3.2. Тренінг профілактики та корекції психосоматичних розладів у юнацькому віці

У юнацькому віці, який характеризується інтенсивними психофізіологічними змінами, спостерігається підвищена вразливість до психосоматичних порушень. Напруга, тривожність, емоційна нестабільність можуть спричинити соматичні прояви (головний біль, біль у шлунку, порушення сну тощо). Ефективним методом профілактики та корекції таких станів є тренінгова робота, спрямована на розвиток навичок саморегуляції, емоційної компетентності та усвідомлення психофізіологічного стану.

Мета тренінгу – сприяти зниженню рівня психосоматичних проявів у юнаків через розвиток навичок емоційної саморегуляції, тілесного усвідомлення та конструктивного опрацювання внутрішніх переживань.

Завдання тренінгу:

1. Ознайомити учасників з психосоматичними механізмами виникнення тілесних симптомів;
2. Формувати усвідомлене ставлення до власного тіла та емоцій;
3. Розвивати навички релаксації, дихальної саморегуляції та тілесної інтероцепції;
4. Навчити технік виявлення та трансформації деструктивних емоцій;
5. Підвищити загальний рівень стресостійкості та емоційної адаптивності.

Цільова аудиторія – юнаки віком 15–18 років, які мають ознаки психосоматичних порушень (встановлено за допомогою скринінгу або діагностичних методик, наприклад, опитувальника Розенцвейга, тесту Люшера, шкали психосоматичних скарг).

Очікувані результати

1. зниження рівня психосоматичних скарг;
2. підвищення усвідомлення тілесного та емоційного стану;
3. розвиток навичок стрес-менеджменту;
4. формування навичок саморегуляції й самодопомоги.

Заняття 1. Знайомство. Усвідомлення зв'язку «тіло–емоції».

Мета: створити безпечне середовище; ознайомити учасників з метою тренінгу; виявити актуальний стан.

Вправа «Автопортрет стану».

Мета – виявити та візуалізувати внутрішній психоемоційний стан.

Інструкція. «Намалюйте на аркуші, використовуючи лінії, кольори, фігури або символи, свій внутрішній стан саме зараз. Не намагайтеся створити «красивий» малюнок – головне, щоб зображення передавало ваші відчуття: емоції, напругу, втому або радість. Коли завершите, дайте малюнку назву».

Обговорення: Учасники за бажанням демонструють малюнок, описують, що зобразили, які емоції відчувають.

Вправа «Моє тіло говорить»

Мета – сформувати усвідомлення сигналів тіла під час емоційних реакцій.

Інструкція. «Згадайте ситуацію, коли ви відчували сильну емоцію (страх, злість, хвилювання). Тепер подумайте, як реагувало ваше тіло: чи було напруження в м'язах, важке дихання, біль у животі тощо. Запишіть або намалюйте частини тіла, де це відчувалося. Обговоримо, які зони найбільше реагують у кожного».

Заняття 2. Емоції як джерело тілесної напруги.

Мета – формування у юнаків навичок усвідомлення та розпізнавання власних емоцій через тілесні реакції, а також розуміння взаємозв'язку між емоційними станами та соматичними проявами. Особлива увага приділяється виявленню локалізованої напруги у тілі, що виникає внаслідок переживання інтенсивних або пригнічених емоцій.

Вправа «Емоційна карта тіла».

Мета – сформувати зв'язок між емоційними переживаннями та тілесними реакціями, підвищити тілесну обізнаність.

Матеріали: Роздрукований силует тіла (чорно-білий), кольорові олівці/фломастери.

Інструкція. «Ви отримаєте зображення тіла людини. Згадайте, як ви відчуваєте такі емоції, як злість, страх, радість, тривога або сором. Позначте на тілі кольорами або символами ті частини, де ви фізично відчуваєте ці емоції. Наприклад, напруга в плечах, біль у животі, стискання в грудях тощо. Кожній емоції оберіть окремий колір».

Тривалість: 15 хвилин на виконання + 5 хвилин на індивідуальну рефлексію.

Питання для обговорення:

1. Яка емоція викликає найбільше тілесної напруги?
2. Які зони повторюються найчастіше?
3. Чи помічали ви раніше ці тілесні сигнали?

Вправа «Моє тіло реагує» (інсценування ситуацій).

Мета – навчити учасників спостерігати за тілесними реакціями під час емоційних переживань.

Інструкція. «Зараз ми уявимо ситуації, які викликають сильні емоції. Ваше завдання – не грати на сцені, а спостерігати за тим, що відбувається з вашим тілом у відповідь на уявний досвід. Я зачитуватиму короткі описи, а ви – просто уявляйте і фіксуйте відчуття».

Ситуації:

1. Вас несподівано публічно критикують перед однолітками (емоція – сором).
2. Ви сваритесь із близькою людиною, виникає конфлікт (емоція – гнів).
3. Ви один у темному приміщенні, щось шумить (емоція – страх).
4. Після кожної ситуації учасники отримують кілька секунд, щоб записати:

5. Яка частина тіла найперше відреагувала?
6. Яке відчуття виникло (напруга, холод, жар, стискання)?
7. Наскільки інтенсивним було це відчуття (1–10)?

Обговорення: Чому пригнічені емоції можуть викликати хвороби?

Заняття 3. Дихання як ресурс регуляції.

Мета – ознайомлення учасників із базовими принципами дихальної саморегуляції та формування практичних навичок використання дихання як ефективного інструменту управління емоційним станом і тілесною напругою у стресових ситуаціях..

Вправа «Спостереження за диханням».

Мета – сформувати навичку усвідомленого спостереження за дихальним ритмом та його змінами в різних психоемоційних станах.

Інструкція. «Сядьте зручно, закрийте очі. Протягом 2–3 хвилин просто спостерігайте за своїм диханням. Не змінюйте його – просто звертайте увагу: який темп, де саме рухається живіт чи грудна клітка, які паузи. Після цього запишіть свої спостереження.

Тепер уявіть ситуацію, яка викликає у вас напругу чи стрес (наприклад, відповідь перед класом, сварка). Знову зверніть увагу на дихання: як воно змінилося? Запишіть».

Вправа «Квадратне дихання» (Box Breathing).

Мета – навчити учасників техніці контрольованого дихання, яка стабілізує емоційний стан і допомагає знижувати фізіологічну напругу.

Інструкція. «Ця техніка складається з чотирьох рівних фаз. Уявіть, що ви подумки малюєте квадрат. На кожному боці ви виконуєте одну фазу:

1. Вдих – 4 секунди
2. Затримка дихання – 4 секунди
3. Видих – 4 секунди
4. Затримка після видиху – 4 секунди

Повторіть цей цикл щонайменше 5 разів. Сфокусуйте увагу на ритмічності та плавності. Якщо складно дихати на 4 рахунки – почніть з 3. Головне – рівномірність».

Рекомендація: перед вправою варто вимкнути зовнішні подразники, забезпечити тишу або легкий фоновий звук.

Вправа «Дихальна релаксація під музику».

Мета – поглиблення релаксаційного ефекту за допомогою повільного дихання в супроводі заспокійливої музики.

Підготовка – обрати фонову мелодію з темпом 60–70 ударів за хвилину, без слів (наприклад, звуки природи, спокійне піаніно).

Інструкція. «Сядьте або ляжте зручно. Закрийте очі. Сфокусуйтеся на своєму диханні. Вдихайте на рахунок «1–2–3–4», затримуйте подих «1–2», видихайте на «1–2–3–4–5». Нехай ваше дихання стане легким, спокійним і плавним. Якщо з'являються думки – просто відпускайте їх і повертайте увагу до дихання і звуків музики».

Питання після вправи:

1. Що відчувалося в тілі під час вправи?
2. Чи вдалося відключитися від тривожних думок?

3. Наскільки ця техніка допомогла розслабитися?

4. Міні-рефлексія: які зміни відчували у тілі?

Заняття 4. М'язове напруження і його усвідомлення.

Мета – навчити учасників ідентифікувати рівень м'язової напруги та оволодіти базовими техніками її зниження для покращення загального психофізіологічного стану.

Прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном.

Інструкція. Займіть зручне положення сидячи або лежачи, заплющте очі. Сконцентруйте увагу на диханні, виконайте 2–3 повільних вдихи і видихи. Починаючи з кистей рук, по черзі напружуйте окремі групи м'язів (руки, плечі, шия, обличчя, груди, живіт, ноги) протягом 5–7 секунд, а потім повільно розслабляйте протягом 10–15 секунд. Після розслаблення зверніть увагу на різницю відчуттів до і після напруження.

Очікуваний ефект: зниження рівня м'язового напруження, покращення тілесної усвідомленості.

Вправа «М'язовий барометр».

Інструкція. Перед виконанням вправи релаксації учасникам пропонується «просканувати» тіло: звернути увагу на відчуття напруги в основних ділянках – обличчя, шия, плечі, спина, живіт, руки, ноги. Оцінити напругу за 10-бальною шкалою (0 – повне розслаблення, 10 – максимальна напруга). Зафіксувати ці оцінки у спеціальній таблиці або у власному записнику.

Після проведення техніки релаксації – повторно провести «сканування» тіла та зробити повторну оцінку напруги.

Очікуваний ефект: розвиток навички усвідомлення тілесних сигналів і самоспостереження.

Візуалізація тілесного комфорту.

Інструкція. Займіть зручне положення, заплющте очі. Ведучий повільно пропонує уявити місце, де учасник відчуває спокій і комфорт (наприклад, теплий пляж, зелений луг або затишна кімната). Уявити, як тіло повністю

розслабляється в цьому місці, поступово наповнюючись теплом, легкістю, м'якістю. Попросіть учасника звернути увагу, які саме частини тіла першими відгукуються відчуттям полегшення. Затриматись у стані спокою 3–5 хвилин, а потім повільно повертатись до зовнішньої реальності.

Очікуваний ефект: формування позитивного тілесного образу, зниження психофізіологічного напруження.

Заняття 5. Робота з тривожністю.

Мета – зниження рівня тривожності через використання когнітивно-поведінкових технік, розвиток навичок усвідомлення автоматичних думок і їх модифікації, формування внутрішнього ресурсу безпеки.

Вправа «Аналіз думок».

Мета – усвідомлення автоматичних тривожних думок і їх впливу на емоційний стан.

Інструкція. Ведучий пропонує учасникам згадати ситуацію, яка викликала у них тривогу або неспокій протягом останнього тижня.

На аркуші учасники відповідають на такі запитання:

1. Що сталося?
2. Які думки виникли в цій ситуації?
3. Які емоції супроводжували ці думки?
4. Яку тілесну реакцію я відчув?

Потім учасники обговорюють у парах, наскільки реалістичними були ці думки, чи можуть вони бути перебільшеними.

Очікуваний результат: розвиток навички відокремлювати події від їх інтерпретації та емоційної реакції.

Вправа «Заміни тривогу».

Мета – трансформація дезадаптивних автоматичних думок на більш раціональні та підтримувальні.

Інструкція. На основі попередньої вправи кожен учасник обирає одну найбільш тривожну думку. Ведучий пояснює структуру заміни:

Автоматична думка → Раціональна альтернатива

Наприклад: «Я точно провалю іспит» → «Я добре підготувався і зроблю все, що зможу»

Учасники самостійно формулюють раціональні заміни для своїх думок і зачитують їх у групі.

Очікуваний результат: формування навички когнітивної реструктуризації, зменшення тривоги.

Вправа «Візуалізація: Безпечне місце».

Мета – створення внутрішнього образу спокою і стабільності для подолання тривожності.

Інструкція. Учасники зручно сідають, заплющують очі. Ведучий спокійним тоном промовляє: «Уявіть місце, де вам спокійно, затишно, де ви почуваетесь в безпеці. Це може бути реальне або уявне місце: берег моря, кімната, ліс... Зверніть увагу на звуки, запахи, температуру повітря. Відчуйте, як напруга покидає тіло...». Візуалізація триває 5–7 хвилин.

Очікуваний результат: зниження фізіологічних проявів тривоги, формування внутрішнього ресурсу для подолання напруги.

Заняття 6. Вираження емоцій без шкоди собі та іншим.

Мета – розвиток навичок конструктивного вираження емоцій, зокрема гніву, образи, смутку, без завдання шкоди собі чи іншим.

Вправа. «Гнів у безпечному форматі».

Мета – дати учасникам можливість безпечно виразити гнів або образу.

Інструкція. Роздайте аркуші паперу й ручки/олівці.

Запропонуйте учасникам написати лист своїй образі або людині, яка викликала гнів, використовуючи емоційно насичені висловлювання, але без лайки та звинувачень.

Альтернатива: намалуйте свою злість або образу – як вона виглядає, яку форму/колір має.

Після завершення обговоріть у колі: що відчували під час виконання? Чи змінився емоційний стан?

Примітка: листи не читаються вголос і не надсилаються – це приватна форма звільнення від емоцій.

Вправа. «Скажи, що відчуваєш».

Мета – тренування відкритого і безпечного вираження власних емоцій.

Інструкція. Поясніть учасникам важливість називання своїх почуттів.

Запропонуйте закінчити фрази:

1. «Я злюсь, коли...»
2. «Мені сумно, бо...»
3. «Я відчуваю страх, коли...»

Робота може відбуватись у парах або в колі. Кожен висловлює емоцію, а інші слухають без осуду чи порад.

Вправа. Техніка «Я-повідомлення».

Мета – формування навички відповідального і ненасильницького спілкування.

Інструкція. Поясніть структуру «Я-повідомлення»: «Я відчуваю... (емоція), коли... (ситуація), бо... (причина)».

Наведіть приклади: Замість: «Ти мене дратуєш!» → «Я злюсь, коли мене перебивають, бо хочу висловити свою думку».

Учасники практикують складання таких фраз в парах або малих групах. Потім учасники озвучують свої приклади в групі та отримують зворотний зв'язок.

Заняття 7. Інтеграція: тіло–емоція–думка.

Мета – розвиток цілісного самосприйняття та саморефлексії, усвідомлення взаємозв'язку між тілесними відчуттями, емоційними станами та думками.

Малюнок вправа «Я після тренінгу».

Мета – сприяти рефлексії власних змін, досягнень та емоційних зрушень.

Інструкція. Роздайте учасникам аркуші та олівці/фломастери. Запропонуйте згадати перше заняття й свій малюнок «Я сьогодні». Потім –

намалювати нового себе «після тренінгу» так, як це відчувається зараз (емоційно, тілесно, у думках). Після завершення учасники (за бажанням) презентують свої малюнки групі та розповідають, що змінилось, що нового вони в собі помітили.

Вправа «Мій ресурс».

Мета – усвідомити особисті джерела підтримки та сформулювати власні способи збереження психосоматичного здоров'я.

Інструкція. Запропонуйте кожному пригадати ситуації, коли їм вдалося справлятися зі складними емоціями або стресом. Поставте запитання: «Що або хто мені допомагає у важкі моменти?», «Які дії або думки надають мені сил?» Попросіть записати або намалювати на окремому аркуші 3–5 власних «ресурсів» (люди, дії, місця, спогади, ритуали тощо).

Створення «Пам'ятки самодопомоги».

Мета – формування індивідуального інструменту регуляції психоемоційного стану.

Інструкція. Запропонуйте учасникам створити власну пам'ятку із короткими фразами, порадами або алгоритмами дій для моментів, коли вони почуваються пригніченими, роздратованими чи тривожними.

Орієнтовні рубрики:

1. Як я розпізнаю, що мені зле (ознаки в тілі, думки, поведінка)?
2. Що можу зробити самостійно (дихання, вода, рух, «Я-повідомлення» тощо)?
3. Кого можу попросити про підтримку?

Пам'ятку можна оформити у вигляді міні-плаката, блокноту або картки «SOS». За бажанням – показати групі або залишити приватно.

Заняття 8. Рефлексія, підсумок, зворотний зв'язок.

Мета – підбиття підсумків, обговорення змін та планів на майбутнє.

Вправа. «Коло змін» – учасники діляться, що змінилось у їхньому ставленні до тіла/емоцій/станів.

Техніка «Подарунок собі» – коротке повідомлення самому собі на майбутнє.

Прощальний ритуал.

Висновки до третього розділу

1. Проблема профілактики та корекції психосоматичних порушень у юнацькому віці має особливу актуальність у зв'язку з підвищеною вразливістю молоді до психоемоційних навантажень та стресових чинників, зумовлених інтенсивним процесом особистісного становлення, біологічним дозріванням і соціальними викликами. Психосоматичні прояви у юнаків не лише ускладнюють їхнє психічне функціонування, але й можуть набувати хронічного характеру, що істотно впливає на якість життя, академічну успішність, соціальну адаптацію та загальне психофізичне благополуччя.

Ефективна профілактика вимагає реалізації інтегрованого підходу, який поєднує психотерапевтичні, арттерапевтичні, тілесно-орієнтовані методики та засоби розвитку емоційного інтелекту. Особливо важливим є створення підтримувального освітнього середовища, де реалізуються педагогічні стратегії з формування навичок емоційної регуляції, конструктивної поведінки у стресових ситуаціях та позитивного ставлення до власного психосоматичного здоров'я.

2. Розроблена тренінгова програма орієнтована на формування у юнаків системних знань про психосоматичні розлади, стимулювання розвитку навичок емоційної саморегуляції та посилення психологічної стійкості в умовах стресових впливів. Структура занять охоплює основні компоненти психоемоційного функціонування юнаків, включно з усвідомленням власних емоцій, тілесною чутливістю, розумінням механізмів виникнення психосоматичних симптомів, а також набуттям практичних навичок релаксації і адаптивних стратегій подолання стресу.

Методи групової взаємодії, а також використання арт-терапевтичних і тілесно-орієнтованих підходів сприяють посиленню рефлексивних процесів, розвитку емоційної компетентності та формуванню довіри до власного досвіду. Очікуваними результатами реалізації програми є зниження рівня психоемоційного навантаження, зменшення частоти соматичних проявів, покращення якості міжособистісних стосунків та позитивна динаміка психосоціального клімату в підлітковому колективі.

ВИСНОВКИ

Результати проведеного дослідження дали підстави зробити наступні висновки:

1. Психосоматичні порушення представляють собою комплекс захворювань і функціональних розладів, які виникають або посилюються під впливом психологічних факторів, таких як хронічний стрес, емоційне перенапруження, внутрішньо-особистісні конфлікти чи травматичні події. Ці порушення базуються на тісному взаємозв'язку між психічними процесами та соматичним станом організму, коли психологічні чинники можуть бути як тригером, так і модулюючим фактором соматичних симптомів і захворювань.

Виникнення психосоматичних розладів зумовлене складною взаємодією біологічних, психологічних і соціальних чинників, які формують специфічні патогенетичні механізми тілесних захворювань. У науковій літературі виділяють дві ключові концептуальні парадигми: перша акцентує увагу на ролі психологічних факторів у розвитку і перебігу соматичних хвороб, друга – на впливі соматичних змін на психічний стан і емоційне здоров'я особистості. До найбільш поширених психосоматичних захворювань належать бронхіальна астма, гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, синдром подразненого кишечника, atopічний дерматит, головний біль напруження, порушення серцево-судинної та шлунково-кишкової функцій, а також деякі форми безсоння і хронічної втоми.

2. Психосоматичні розлади в юнацькому віці мають доволі поширений характер, що виявляється у значному відсотку респондентів із вираженою симптоматикою. У чверті учасників дослідження (25%) спостерігається наявність стабільних та систематичних тілесних скарг, які тісно корелюють із підвищеним психоемоційним напруженням. Водночас близько 42% респондентів не виявили значущих ознак психосоматичних порушень, що

може свідчити про відносну збереженість їхнього психофізіологічного функціонування та ефективні механізми адаптації до навколишніх впливів.

3. Наявність високого рівня нервово-психічного напруження у 30% юнаків є маркером потенційного ризику формування психосоматичних порушень. Такий стан характеризується вираженим психоемоційним дистресом, емоційною нестабільністю та зниженими адаптаційними ресурсами, що ускладнює ефективне реагування на навчальні, соціальні та особистісні виклики. Ймовірно, він формується на тлі поєднання інтра- та екстрапсихічних детермінант – включаючи емоційну ізоляцію, підвищені соціальні очікування, ригідність мислення та низьку толерантність до фрустрації.

4. Результати за методикою САН свідчать про неоднорідність емоційного стану юнаків. Зокрема, понад 30% опитаних зазначають зниження самопочуття, що може виступати опосередкованим проявом хронічного психоемоційного виснаження, з тенденцією до соматизації (головний біль, порушення сну, функціональні розлади).

Також у 35% респондентів виявлено низький рівень активності, що може бути пов'язано зі зниженням мотиваційної сфери, емоційним вигоранням або початковими формами субдепресивного стану.

У 30% юнаків зафіксовано знижений настрій, який проявляється через емоційну лабільність, дратівливість, соціальну відстороненість, що може вказувати на тривалий стресовий вплив або початок афективних порушень.

4. Тривожність, яка виявлена на високому рівні у 45% респондентів, посідає ключове місце серед предикторів психосоматичних розладів. Часто вона не усвідомлюється юнаками і знаходить соматичне втілення у вигляді функціональних тілесних розладів – без об'єктивних фізіологічних причин.

5. Фрустрація, що спостерігається у понад 70% юнаків, вказує на недостатню сформованість механізмів конструктивного подолання

ситуацій перешкод і незадоволених потреб, що, своєю чергою, може сприяти виникненню психосоматичних симптомів.

Агресивність – як реакція на фрустрацію – у разі неусвідомленого або інгібованого прояву здатна провокувати соматичні наслідки, зокрема у вигляді психовегетативних симптомокомплексів.

Ригідність, що переважно має середній рівень вираженості, свідчить про певну негнучкість юнацької психіки у ситуаціях змін, що ускладнює адаптацію та підвищує вразливість до хронічного стресу й, відповідно, соматизації напруги.

6. Результати кореляційного аналізу підтвердили наявність статистично значущих взаємозв'язків між психосоматичними порушеннями та емоційно-психологічними змінними. Зокрема, встановлено помірний позитивний зв'язок між вираженістю психосоматичних симптомів та такими показниками, як тривожність ($r = 0,45$), агресивність ($r = 0,44$), нервово-психічне напруження ($r = 0,39$), фрустрація ($r = 0,37$) і суб'єктивне самопочуття ($r = 0,37$). Це дозволяє припустити, що саме сукупність підвищеної емоційної збудженості, порушеної емоційної регуляції та низької адаптаційної гнучкості є ключовими детермінантами розвитку психосоматичних розладів у юнацькому віці.

Отже, гіпотеза дослідження про те, що психосоматичні розлади у юнаків пов'язані з проявом негативних переживань, таких як високе нервово-психічне напруження, негативне емоційне самопочуття та агресивність, ригідність, тривожність та фрустрація – підтвердилася.

7. Розроблена тренінгова програма орієнтована на юнаків і має на меті підвищення їхньої обізнаності про взаємозв'язок між психічним станом і фізичним самопочуттям, а також розвиток навичок ефективного подолання психоемоційної напруги. Особливу увагу в програмі приділено формуванню вмінь емоційної саморегуляції, що є критично важливими для зниження ризику розвитку психосоматичних розладів у підлітковому віці.

Заняття побудовані з урахуванням специфіки юнацького віку та базуються на поступовому освоєнні основних елементів емоційного функціонування: розпізнавання власних емоцій і тілесних реакцій, усвідомлення стресових чинників, які можуть провокувати соматичні симптоми (наприклад, головний біль, болі в животі, порушення сну), а також опанування простих, але дієвих методик самопомоги – дихальних вправ, прогресивної м'язової релаксації, технік зниження тривожності тощо.

Застосування інтерактивних групових форм роботи (дискусії, рольові ігри, вправи на самоусвідомлення), а також тілесно-орієнтованих та арт-технік сприяє глибшому розумінню юнаками власного емоційного досвіду, зростанню довіри до себе та підвищенню рівня емоційної компетентності. Через залучення до активної взаємодії учасники отримують досвід конструктивного реагування на стресові ситуації, що є особливо актуальним у період емоційної нестабільності, характерної для підліткового віку.

Очікуваними результатами участі у тренінгу є зменшення проявів психосоматичних симптомів, покращення здатності до емоційного самоконтролю, зниження рівня тривожності й напруження, а також формування позитивнішого соціального середовища серед однолітків. Програма виконує як профілактичну функцію – попередження емоційного виснаження та психосоматичних розладів, так і розвивальну – сприяючи психічному та фізичному благополуччю юнаків у період активного становлення особистості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бугайова Н. М. Психосоматичні і соматопсихічні взаємовпливи в генезі захворювань та їх роль у розвитку суїцидальної поведінки. *Психологічна теорія і технологія навчання. Актуальні проблеми психології*. Том 8. Вип. 2. 2006. с. 62-73.
2. Візнюк І. М. Психологічні детермінанти розвитку іпохондричних розладів у людини за психодіагностичними параметрами. *Проблеми сучасної психології*. 2017. Випуск 35. С.55-66.
3. Гавенко В. Л. Психіатрія і наркологія : підручник. В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А. Абрамов та ін. ; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. 2-ге вид.,переробл. і допов. К. : ВСВ «Медицина», 2015. 512 с
4. Грицюк І. М. Психосоматичні прояви психологічних порушень у дітей, що пережили психотравмуючу ситуацію. *«Наука і освіта»*. 2016. №2-3. 2016. С.121-124.
5. Дроботун О. С. Вплив хронічного соматичного захворювання на особистісні зміни підлітка. *Збірник наукових праць. Психологічні науки*. 2014. № 2.12 (103) С. 85.
6. Єременко Т. Б. Психосоматичні прояви агресії в юнацькому віці: автореф. дисертації на здобуття наук. ступ. канд. психол. наук: 19.00.04. Т. Б. Єременко. Київ, 2017. 24 с.
7. Зборюк Т. П. Арт-терапевтичні технології у психокорекційній практиці. *Шкільному психологу. Усе для роботи*. 2010. № 4. С. 23–31
8. Ілляк О. О. Інформація і фізіологія організму як основні чинники посттравматичних стресових розладів та психологічного захисту. *Науковий вісник Льотної академії*. Серія: Педагогічні науки. 2019. Вип. 6. С. 67–74.
9. Ілляк О. О. Психофізіологічні фактори трансформації травматичної інформації у посттравматичні стресові розлади та психологічного захисту. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди*. Сер. Психологія. 2020. Вип. 62. С. 144–161.

10. Каліщук О. Ю. «Психосоматика та її роль у фізкультурно-оздоровчих заняттях. Міжнародна конференція «Актуальні проблеми сучасних наук. 2014» Польща, м. Перемишль. С. 94-99.
11. Клебан К. І. Хронобіологічні особливості несприятливих психічних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом. Автореф. дис. канд. мед. наук. Київ, НДІ соц. і судової психіатрії та наркології, 2015. 18 с.
12. Кокур О. М. Психофізіологія. Навчальний посібник К.: Центр навчальної літератури, 2006. 184 с.
13. Коломоєць М. Ю. Теорії та концепції психосоматичних захворювань. *Буковинський медичний вісник*. 2008. Том 12. № 1. С. 141–144.
14. Компанович М. С. Ретроспективний аналіз досліджень емоційних переживань як складової психосоматичних захворювань. *Медична психологія: теоретичні та прикладні питання*. 2017. Т. 1. Вип. 8. С. 51-59.
15. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини: за ред. І. Я. Коцана. Луцьк : РВВ Вежа Волин. нац. ун-ту імені Лесі Українки, 2019. 316 с.
16. Левицька Л. В. Вплив емоцій на стан здоров'я особистості. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2010. № 2. 234 с.
17. Литвиненко О. Д. Психосоматичний підхід до проблем психологічного здоров'я особистості. *Науковий вісник державного Херсонського університету*. 2016. №4. С. 52-57.
18. Лісова О. С. Психологія здоров'я: навчально-методичний посібник. Чернівці : Рута, 2017. 201 с.
19. Літвякова І. А. Дослідження впливу емоцій на стан особистості. *Молодий вчений*. 2017. № 11. С. 806. 809.
20. Масік О. І. Клінічні особливості та лікування психічних розладів у підлітків з соматичними захворюваннями: дисертація. Вінниця, 2019. 290 с.
21. Масік О. І. Особливості обстеження хворих з психічними порушеннями. *XII Регіональна наук.-практ. конф. з розвитку*

мультидисциплінарного підходу в психіатрії «Вплив сімейних порушень, психології батьків на психічне здоров'я дітей»: тези доп., 16-17 трав. 2012 р. Вінниця, 2012. С. 24-26.

22. Михальський А. В. Психологічні особливості хворих гіпертонічною хворобою. *Проблеми сучасної психології*. 2010. Випуск 9. С. 118-129.

23. Наказна І. М. Психосоматика: навч. посіб. Ніжин: вид-во НДУ ім. М. Гоголя, 2010. 132 с.

24. Олейник Н. О. Психологічні особливості алекситимічного радикалу в структурі особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2018. Вип.3 Т.1. С.94-99.

25. Перетятко Л. Г. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. *Психологія і особистість*. 2017. № 2 (12). С. 142-143.

26. Перетятко Л. Г. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. *Психологія і особистість*. 2017, № 2 (12). С. 137–147.

27. Пипа Л. В., Лисиця Ю. М., Свістільник Р. В. Соматоформні (психосоматичні) розлади у дітей. *Актуальність проблеми в сучасній педіатричній практиці (частина I)*. Современная педиатрия: наук-практ. журн. Вінниця, 2015. Вип. 2(66). С.123-127.

28. Полівода А. О. Психосоматичні порушення педагогічних працівників. *Тези доповідей XXVI Всеукраїнської науково-практичної конференції «МОГИЛЯНСЬКІ ЧИТАННЯ 2021: Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: Глобальний, національний та регіональний аспекти» (8-12 листопада 2021 р.)*. Миколаїв: ЧНУ ім. П. Могили, 2021.

29. Профілактика та корекція відхилень поведінки : навч.- метод. посібник. укл. Лариса Мафтин. Чернівці : Чернівець. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2021. 368 с.

30. Психологія здоров'я людини. За ред. І. Я. Коцана. Луцьк: РВВ Вежа Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011.– 430 с.

31. Римша С. В., Рациборинська-Полякова Н. В., Масік О. І. Визначення ролі стресору в розвитку психосоматичних розладів у підлітків та обранні

ефективної лікувальної тактики. *Інноваційні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження* (XVII Платонівські читання): тези наук.-практ. конф. 16-17 жовт. 2014 р. Харків, 2014. С. 124-125 (здобувачем проводилось обґрунтування й вибір напрямку дослідження, аналіз отриманих результатів).

32. Розповсюдженість психосоматичних розладів серед дитячого населення. *Актуальні проблеми формування особистості лікаря у студентів-медиків*: Матеріали XIII міжн. наук.-практ. конференції, Київ, 26 березня 2014 р. Г. П. Мозгова, С. О. Мугаль. К.; КМУ УАНМ, 2014. 140 с.

33. Савенкова І. І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних хворих. К.: Київ. ун-т ім. Б.Грінченка, 2014. 320 с.

34. Савенкова І. І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних хворих: монографія.. К: Київ. ун-т ім. Б.Грінченка, 2014. 320 с.

35. Сегеда О. О. Психосоматичні захворювання як предмет психологічної експертизи. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди*. Психологія. 2012. Вип. 43(1). С. 156–163.

36. Старинець Н.Г. Сучасні аспекти психосоматичної медицини. *Вісник морфології*. 2013. №1, Т.19. С. 220–225.

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

38. Федотова М. А., Беяева Н. С. Гармонізація особистості: інноваційний підхід. *Соціально-гуманітарні знання*. 2013. № 11. С. 135-141.

39. Філак Ф. Г. Психосоматичні особливості особистості хворих на виразкову хворобу 12-палої кишки і після резекції шлунка. *Матеріали III міжнародної науково-практичної конференції «Слов'янська культура і писемність: минуле та сучасність»*. 2013. С. 282-287.

40. Хамуленко Т. Б. Психосоматика: культурно-історичний підхід. Х :ВД «Інжек», 2015. 264 с.
41. Харченко Д. М. Психологічні та психофізіологічні особливості осіб із психосоматичними розладами: автореф. Дис. канд. наукового ступеня доктора психологічних наук: 19.00.04 К., 2011. 41 с.
42. Харченко Д. М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень : навчальний посібник. К. : Видавничий Дім «Слово», 2015. 280 с.
43. Харченко Д. М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень : навчальний посібник. Д. М. Харченко. К. : Видавничий Дім «Слово», 2015. 280.
44. Шевчук А. М. Психосоматичні порушення у постраждалого населення внаслідок надзвичайної ситуації. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2011. Вип. 10. С. 303-314.
45. Шелег Л. С. Класифікація концепцій та основні ознаки психосоматичних розладів. *Актуальні проблеми психології*. 2015. Т. 12. Вип 21. С. 313-321.
46. Юрценюк О. С. Проблема психосоматичних співвідношень у хворих на ішемічну хворобу серця. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2016. № 4. С. 133-135.
47. Dunbar H.F., Psychosomatic Diagnosis, P.B. Hoeber, Inc., (New York), 1943.
48. Dundas B., Harris M., Narasimhan M. Psychogenic polydipsia review: etiology, differential, and treatment. *Curr. Psychiatry Rep.* 2007. V. 9 (3). P. 236-241.
49. Fava G.A., Fabbri S., Sirri L. et al. Psychological factors affecting medical condition: a new proposal for DSM-V. *Psychosomatics*. 2007. V. 48 (2). P. 103-111. *Буковинський медичний вісник*. 2008. Том 12. №1. С. 144-150.

50. Feldmann C.T., Bensing J.M. Worries are the mother of many diseases: general practitioners and refugees in the Netherlands on stress, being ill and prejudice. *Patient Educ. Couns.* 2007. V. 65 (3). P. 369-380.
51. Flammer E., Alladin A. The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: meta-analytical evidence. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 2007. V. 55 (3). P. 251-274.
52. Grassi L., Mangelli L., Fava G.A. et al. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestions for DSM-V. *J. Affect. Disord.* 2007. V. 101 (1-3). P. 251-254.
53. Hange D., Bengtsson C., Sundh V. et al. The natural history of psychosomatic symptoms and their association with psychological symptoms: observations from the Population Study of Women in Gothenburg. *Eur. J. Gen. Pract.* 2007. V. 13 (2). P. 60-66.
54. Linden M., Muschalla B. Anxiety disorders and workplace-related anxieties. *J. Anxiety Disord.* 2007. V. 21 (3). P. 467-474.
55. Lorber W., Mazzoni G., Kirsch I. Illness by suggestion: expectancy, modeling, and gender in the production of psychosomatic symptoms. *Ann. Behav. Med.* 2007. V. 33 (1). P. 112-126.
56. McCaffery J.M., Snieder H., Dong Y. et al. Genetics in psychosomatic medicine: research designs and statistical approaches. *Psychosom. Med.* 2007. V. 69 (2). P. 206-216.
57. Meissner W.W. Psychoanalysis and the mindbody relation. *Psychosomatic perspectives.* 2006. V. 70 (4). P. 295-315.
58. Nau J.Y. Psychophysiologic disorders and their management. *Rev. Med. Suisse.* 2007. V. 3 (111). P. 1273-1285.
59. Persaud R. Patients do not demand and doctors do not misunderstand how medically unexplained symptoms become medicalized. *Psychosom. Med.* 2006. V. 68 (6). P. 993-997.
60. Salmon P., Humphris G.M., Ring A. et al. Primary care consultations about medically unexplained symptoms: patient presentations and doctor responses

that influence the probability of somatic intervention. *Psychosom. Med.* 2007. V. 69 (6). P. 571-577.

61. Samuels M.A. The brain-heart connection. *Circulation.* 2007. V. 116 (1). P. 77-84.

62. Shorter E. Hysteria and catatonia as motor disorders in historical context. *Hist. Psychiatry.* 2006. V. 17 (68). P. 461-478.

63. Tam W.H, Chung T. Psychosomatic disorders in pregnancy. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* 2007. V. 19 (2). P. 126-132.

64. Weizsacker V. Psychosomatic Medicine. 1957 Volume 19 Issue 4 P. 265-266.

Додаток А

Авторський опитувальник для виявлення ознак психосоматичних порушень у юнаків

Інструкція для респондента:

Просимо вас оцінити, як часто ви відчували або спостерігали у себе протягом останніх 4 тижнів наведені нижче симптоми. Відповідайте чесно, позначаючи відповідну оцінку.

Відповідні варіанти відповіді (шкала Лікерта):

- 0 – Ніколи або дуже рідко
- 1 – Іноді (1-2 рази на місяць)
- 2 – Помірно часто (1-2 рази на тиждень)
- 3 – Часто (3-4 рази на тиждень)
- 4 – Дуже часто (майже щодня)

Питання (симптоми):

1. Часті головні болі або відчуття напруги у голові
2. Порушення сну (труднощі із засинанням, часті пробудження, відчуття втоми після сну)
3. Болі в області шлунка або проблеми з травленням
4. Відчуття серцебиття або перебої у роботі серця без фізичних навантажень
5. Затруднене дихання, відчуття нестачі повітря без явних причин
6. Напруга або біль у м'язах, відчуття скутості
7. Підвищена втомлюваність, слабкість без видимої причини
8. Перепади настрою, підвищена дратівливість, тривожність
9. Часті відчуття тривоги або внутрішнього напруження
10. Відчуття «пустоти» або зниження емоційної реактивності

Інтерпретація результатів:

0–9 балів – низький рівень проявів психосоматичних симптомів; ризик психосоматичних порушень мінімальний.

10–19 балів – помірний рівень симптоматики; можливе наявність легких психосоматичних порушень, рекомендується звернути увагу на емоційний стан і стрес-менеджмент.

20–29 балів – підвищений рівень симптомів; існує ризик розвитку значущих психосоматичних розладів, доцільна консультація з психологом або психотерапевтом.

30–40 балів – високий рівень проявів психосоматичних порушень; рекомендується негайне професійне обстеження та підтримка.



Звіт подібності

метадані

Назва організації

Melitopol State Pedagogical University named after B.Khmelnyskyi

Заголовок

Василенко_Диплом_Психологічна_профілактика_виникнення_психосоматичних

Автор

Науковий керівник / Експерт

ВасиленкоОлександр Непша

Гідрозділ

Melitopol State Pedagogical University named after B.Khmelnyskyi

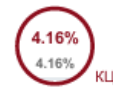
Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.



13696

Кількість слів



110757

Кількість символів