

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Інститут права та безпеки
Кафедра психології та педагогіки

**ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ПСИХОГЕННИХ
ФАКТОРІВ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ**

кваліфікаційна робота
здобувача вищої освіти 2 курсу
заочної форми навчання
спеціальність 053 Психологія
Белеки Олени Олександрівни

Науковий керівник
кандидат юридичних наук,
доцент
Матієнко Тетяна Василівна

Рецензент

Кваліфікаційна робота допущена до захисту
«___» _____ 2026 р., протокол № ____
завідувач кафедри психології та педагогіки
кандидат психологічних наук, доцент
Бабчук Олена Григоріївна

Одеса - 2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	
1.1. Генеза поняття «психосоматичні розлади»: історичний і сучасний контекст.....	7
1.2. Моделі виникнення психосоматичних симптомів.....	15
РОЗДІЛ 2. ПСИХОДІАГНОСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПЕРЕДУМОВ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СТАНІВ	
2.1. Мета, завдання, методи та вибірка дослідження.....	27
2.2. Аналіз психосоматичних проявів у представників соціально вразливих груп.....	34
2.3. Інтерпретація результатів дослідження впливу психогенних факторів на здоров'я людини.....	53
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА АПРОБАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ТРЕНІНГУ З ПРОФІЛАКТИКИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ	
3.1. Теоретичні засади та структура тренінгової програми.....	65
3.2. Результати апробації тренінгу та оцінка його ефективності.....	72
ВИСНОВКИ.....	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	84

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасному світі, який характеризується стрімкими соціальними, економічними та культурними змінами, а також надзвичайно високою швидкістю інформаційних потоків, психосоматичні захворювання стають однією з найбільш актуальних проблем охорони здоров'я. Постійні стреси, перевантаження, підвищені вимоги до особистості, конфлікти та кризи, що виникають на особистісному та суспільному рівнях, створюють несприятливий психоемоційний фон. Саме цей фон є основою для виникнення та розвитку психосоматичних розладів - станів, у яких психологічний дистрес відображається через фізіологічні симптоми та порушення функціонування організму.

Психологічний дистрес - це складна сукупність негативних емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій, що з'являються у відповідь на стресогенні фактори і не завжди ефективно регулюються психікою людини. В умовах хронічного або повторного дистресу часто виникає соматизація - процес, у якому психічні проблеми трансформуються в соматичні симптоми, що призводить до розвитку фізичних захворювань. Саме тому психосоматика як галузь науки спрямована на вивчення цієї взаємодії психіки і тіла, розробку діагностичних, профілактичних і корекційних методик.

Особливо гостро проблема психосоматичних розладів постає в контексті воєнного стану в Україні, який розпочався з 2014 року і набув масштабного загострення з лютого 2022 року. Війна не лише спричинила безпосередній фізичний вплив на здоров'я населення, але й створила тривалий психотравмуючий фон, що охопив усі верстви суспільства. Постійний страх за життя, втрата близьких, руйнування звичного способу життя, вимушена міграція, економічна нестабільність - все це призводить до посилення психоемоційного навантаження і формує підґрунтя для масового розвитку психологічного дистресу серед українців.

У таких умовах надзвичайно важливо не лише лікувати фізичні прояви

хвороби, а й комплексно працювати з психологічним станом пацієнтів, виявляти та коригувати психогенні чинники, які підсилюють соматичні порушення. Наукове вивчення механізмів трансформації психологічного дистресу у соматичні симптоми, особливостей психогенних чинників, пов'язаних із впливом війни, має першочергове значення для розробки ефективних заходів профілактики і психокорекції.

Таким чином, розробка науково обґрунтованих підходів до виявлення, аналізу і корекції психосоматичних проявів у контексті воєнного дистресу є важливою складовою забезпечення психічного та фізичного здоров'я населення України в кризових умовах. Це потребує системного міждисциплінарного дослідження з урахуванням психологічних, медичних, соціальних і культурних чинників, а також специфіки сучасної воєнної ситуації.

Проблематика психосоматичних захворювань давно привертає увагу вітчизняних і зарубіжних науковців. Провідні дослідники, такі як В. Райх, Г. Сельє, Ф. Александер, К. Ясперс, Г. В. Католик, М. С. Компанович, Р. Декарт, А. Менегетті та інші, внесли значний вклад у розуміння психологічних механізмів, що лежать в основі соматичних розладів. Вони підкреслювали важливість емоційного стану, стресових факторів, психологічних захисних механізмів та особистісних характеристик.

Метою роботи є комплексний теоретичний та емпіричний аналіз психогенних чинників, що впливають на розвиток психосоматичних розладів у контексті психологічного дистресу, викликаного воєнним станом в Україні, а також розробка психологічного тренінгу з профілактики психосоматичних розладів.

Завдання дослідження:

1. Здійснити аналіз наукових джерел та сучасних теоретичних підходів до вивчення поняття психосоматичних розладів.
2. Визначити основні моделі виникнення психосоматичних розладів;
3. Розробити методологію емпіричного дослідження;

4. Провести емпіричне дослідження психологічних характеристик різних груп та їх взаємозв'язок із соматичними проявами;

5. Розробити психологічний тренінг щодо профілактики і корекції психосоматичних розладів з урахуванням психосоціальних умов воєнного часу.

6. Проаналізувати результати тренінгу та оцінити його ефективність.

Об'єкт дослідження – психосоматичні розлади, які виникають як прояви психологічного дистресу під впливом комплексних психосоціальних факторів у сучасних соціально-кризових умовах, зокрема в умовах воєнного стану в Україні.

Предмет дослідження – психологічні аспекти впливу психогенних факторів на здоров'я людини, особливості прояву і трансформації психологічного дистресу в соматичні симптоми у населення України в умовах війни.

Теоретико-методологічною основою дослідження стали: фундаментальні положення вітчизняної та зарубіжної психологічної науки щодо психосоматичних захворювань. Психосоматика як наука поступово вийшла за межі виключно медичної галузі, перетворившись на міждисциплінарну сферу знань, що охоплює медицину, клінічну й загальну психологію, психотерапію, соціологію, нейронауку, педагогіку, а подекуди - навіть філософію. Історія психосоматики починається від Гіпократата та Аристотеля. Значний внесок у розвиток психосоматичної парадигми зробив і К. Ясперс, у своїй класифікації виокремлює кілька груп так званих «психосоматичних фактів», підкреслюючи глибоку взаємозалежність між психікою та тілом. На думку Л. Цепух та І Грицюк травматичний досвід у дитинстві не лише впливає на психіку, а й проявляється у: хронічних захворюваннях (серцево-судинні, діабет, аутоімунні хвороби); порушеннях сну, синдромі хронічної втоми; фіброміалгії та інших розладах із психосоматичним компонентом.

Методи дослідження: Теоретичний: науково-психологічний аналіз

література вітчизняних та зарубіжних дослідників з процитованої теми та узагальнення отриманої інформації: спостереження, інтерв'ю, тест; математичні та статистичні методи: кількісний аналіз обробки отриманих даних.

Психодіагностичний комплекс склав:

- Опитувальник Айзенка що діагностує чотири важливі психічні стани (тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність) і дозволяє виявити їх вплив на соматичне самопочуття.

- Методика диференціальної діагностики психічних станів [40, с.112], адаптована до воєнного контексту, яка дозволяє уточнити, які саме психоемоційні стани домінують у різних групах (депресивні, астеничні, тривожні тощо).

- Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової) – шкала зниженого настрою (ШЗНС), що дозволяє диференціювати субклінічні та клінічні рівні депресивних розладів.

- PHQ (Patient Health Questionnaire) [42, с.23] – стандартизований та клінічно валідний опитувальник, який містить шкали для оцінки депресивних станів (PHQ-9), соматичних симптомів (PHQ-15), генералізованого тривожного розладу (GAD-7) та соматоформних порушень.

- WHYMPI (West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory) багатовимірний інструмент, призначений для оцінки суб'єктивної інтенсивності болю, характеру емоційних і поведінкових реакцій на біль, а також ступеня соціальної підтримки.

Практичне значення. Результати можуть бути використані:

- у практиці клінічних психологів, психотерапевтів, медичних працівників в Україні;

- для розробки цільових програм психологічної підтримки населення;

- при підготовці спеціалістів у сфері психічного здоров'я;

- у створенні ефективних профілактичних та реабілітаційних стратегій, орієнтованих на зниження впливу стресу на фізичне і психічне здоров'я.

Організація і база дослідження. Для дослідження на базі Головного управління Державної міграційної служби України в Одеській області було сформовано вибірку, яка охоплює 60 осіб, розподілених на шість груп по 10 осіб.

Апробація результатів дослідження знайшла відображення у тезах та наукової статті, а саме: **Белека О. О.** Моделі виникнення психосоматичних симптомів. *Психологія життєвого простору особистості в сучасних умовах кризи, глобалізації та цифрової трансформації суспільного життя: матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції, (м. Одеса, 19-20 вересня 2025 р.).* Одеса: МГУ, 2025. С. 47-55.

Матієнко Т.В., Белека О.О. Дослідження психосоматичних розладів особистості. *Наукові перспективи. Серія «Психологія». № 11 (65). 2025. С. 2468-2482.* [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-11\(65\)](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-11(65)).

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, списку використаних джерел. Зміст роботи викладено на 90 сторінках. Робота містить 5 таблиць, 1 малюнок та 8 діаграм. Список використаних джерел включає 56 найменувань.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

1.1. Генеза поняття «психосоматичні розлади»: історичний і сучасний контекст

Психосоматика - це науковий підхід, що розглядає людину як неподільну єдність тіла й психіки, в межах якої психічні процеси прямо або опосередковано впливають на соматичний стан організму. Основною ідеєю цього підходу є усвідомлення того, що психологічні чинники - зокрема емоції, стресові реакції, переживання, внутрішні конфлікти, установки та особистісні особливості - здатні ініціювати або суттєво модифікувати перебіг тілесних захворювань. Термін «психосоматика» походить із двох грецьких слів: *psyche* - душа та *soma* - тіло, що наочно демонструє інтегративну суть цього феномену.

Поняття психосоматики історично виникло як реакція на обмеженість виключно біомедичної моделі, яка не могла дати вичерпне пояснення станам, коли тілесні симптоми не підтверджувалися жодними об'єктивними органічними змінами. З часом стало очевидним, що численні хронічні, рецидивуючі та функціональні захворювання мають психогенну або психофізіологічну основу. Це, зокрема, бронхіальна астма, гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунка, синдром подразненого кишечника, псоріаз, головні болі напруги тощо. Ці патології відзначаються не лише складною етіологією, але й тісним зв'язком із психоемоційними станами людини.

Психосоматика як наука поступово вийшла за межі виключно медичної галузі, перетворившись на міждисциплінарну сферу знань, що охоплює медицину, клінічну й загальну психологію, психотерапію, соціологію, нейронауку, педагогіку, а подекуди - навіть філософію. Вона формує власний понятійний апарат, у якому ключовими є терміни: психосоматичний розлад (розлади, при яких психологічні чинники

відіграють важливу роль у виникненні або перебігу хвороби), психосоматичний симптом (тілесний прояв внутрішнього конфлікту), психогенез хвороби (формування захворювання під впливом психічних факторів), психофізіологічна реакція (зміни у функціонуванні організму внаслідок емоційних переживань), алекситимія (нездатність усвідомлювати й вербалізувати власні емоції як передумова психосоматичних розладів) тощо.

Вивчення психосоматичних феноменів дозволяє змінити підхід до проблеми здоров'я: фокус уваги зсувається з ізольованого розгляду фізичних симптомів до аналізу цілісного психофізіологічного стану особистості. Людина сприймається не лише як об'єкт лікування, а як активний учасник процесу одужання, чия емоційна зрілість, усвідомленість, навички саморегуляції та самодопомоги мають критичне значення для ефективної терапії. У зв'язку з цим, психосоматичний підхід акцентує увагу на профілактиці: навчанні стресостійкості, формуванні здорових способів реагування, розвитку емоційного інтелекту, глибшому розумінні зв'язку між психікою та тілом.

Таким чином, психосоматика - це не лише напрямок у науці, а й ціннісна позиція, яка визнає взаємозв'язок фізичного й душевного, об'єктивного та суб'єктивного, зовнішнього прояву хвороби й внутрішнього життя людини. Завдяки цьому підходу можливо не лише поглибити діагностичні можливості в клініці, але й розробити комплексні, індивідуалізовані стратегії лікування та профілактики, що базуються на поєднанні медичних, психологічних і соціальних компонентів. У підсумку, психосоматика відкриває шлях до більш гуманістичного та ефективного розуміння здоров'я як динамічного стану гармонії між тілом, психікою та соціальним контекстом буття.

Аби глибше зрозуміти суть психосоматичного підходу, варто звернутись до історії його становлення - від перших спроб опису взаємозв'язку між емоціями та тілом до формування цілісної наукової

концепції, яка інтегрує знання з медицини, психології та філософії.

Саме історичний шлях розвитку психосоматики дозволяє досягнути, як змінювалося уявлення про природу хвороби та як психологічні аспекти поступово стали невід'ємною частиною сучасної клінічної практики.

Існування певної взаємозалежності між психічною та тілесною сферами особистості прослідковувалось ще в Стародавньому Китаї та Стародавній Індії. Лікарі того часу були переконані, що основою більшості захворювань є негативні особистісні переживання [1, с.161].

Так, у санскритській книзі «Susruta Samhita», яка, за припущеннями дослідників, була написана близько 1300 року до н.е., містяться надзвичайно важливі для розуміння історії медицини відомості про зв'язок між емоційними станами людини та її тілесним здоров'ям. Автор цього трактату, один із найвідоміших давньоіндійських хірургів і лікарів Сусрута, систематизував причини різних хвороб і особливу увагу приділив захворюванням органів зору. У тексті перераховується 18 можливих причин втрати зору, серед яких чільне місце займають саме емоційно-психологічні чинники. Шість із них, відповідно до трактування Сусрути, мають безпосереднє відношення до внутрішнього емоційного стану людини: це неправильні звички сну, зокрема денний сон і порушення нічного сну (swarna viparyascha); тривале і безперервне плачання (prasakta samrodhana); надмірний гнів (kora); глибоке горе (шока); психоемоційні страждання; а також фізичне й психічне виснаження або біль (klesha), що підкріплюється непропущеними емоціями, наприклад, придушенням сліз (bhashpa grahath) [2, с.21]. Це вказує на те, що ще в давньоіндійській медицині чітко визнавалися психоемоційні впливи як значущі етіологічні чинники соматичних порушень.

Таким чином, уже в тих древніх уявленнях про природу хвороби чітко простежується те, що в сучасній науці розглядається як психосоматичний підхід - переконання, що емоційний стан, спосіб життя, тип реагування на стрес і психологічні особливості особистості мають ключове значення у

виникненні й перебігу соматичних захворювань. Особливо яскраво це простежується на прикладі офтальмологічної симптоматики. Вже тоді вважалося, що душевна рівновага й здатність особистості адекватно реагувати на труднощі без перенапруження - основа фізіологічного функціонування органів зору. У сучасній інтерпретації цієї моделі два головні чинники, які запускають механізм розвитку захворювань очей, - це тривога і стрес. Вони, будучи спочатку короткочасною реакцією організму на зовнішні або внутрішні подразники, в разі своєї хронізації трансформуються у дистрес - шкідливу форму стресу, яка призводить до психосоматичних розладів. Індивідуальні типологічні особливості особистості - її темперамент, тип нервової системи, стиль реагування на напругу - лише посилюють або послаблюють цей вплив. Усе це разом формує базу для розвитку тих чи інших порушень, зокрема й таких делікатних, як зорові дисфункції.

Тривога, як емоційна і психофізіологічна категорія, є однією з ключових у виникненні психосоматичних порушень. Р. Вебстер описує її як «болісне занепокоєння розуму, передчуття можливого негативного майбутнього», що часто ґрунтується не на реальній загрозі, а на очікуванні небезпеки. Водночас тривога інтерпретується й у межах психоаналітичного підходу, де вона розглядається як похідна від пригніченого лібідо, що знаходить свій вихід не в усвідомленій поведінці, а в соматичних проявах [2, с.21]. Тривожні розлади, таким чином, можуть мати яскраво виражені тілесні симптоми - порушення сну, серцебиття, тремор, напади паніки, проблеми зі шлунково-кишковим трактом або зором.

Паралельно з поняттям тривоги в медичній науці активно функціонує категорія «стресу». Це слово, що в англійській мові означає «тиск», «напруження», «навантаження», у науковий обіг було введено американським фізіологом і психологом Уолтером Кенноном [3]. Він описав характерні реакції організму на загрозу - «боротьба або втеча» - як базові стратегії виживання, що супроводжуються каскадом фізіологічних змін:

активація симпатичної нервової системи, підвищення рівня адреналіну, пришвидшення серцебиття, напруга м'язів. Хронічне перебування в такому стані виснажує нервову систему й органи-мішені, особливо ті, які є вразливими для конкретної особистості.

Історія психосоматики починається від Гіпократата та Аристотеля. Саме Гіпократ поєднував психічне і соматичне, хоча прямо про це і не сказано в його працях. Про це свідчить, наприклад, дане їм визначення меланхолії: «меланхоліки страждають не лише поганим настроєм, але й відчують біль у животі, ніби їх колять тисячами голок». У діалозі «Хармід» Платон розповідав Сократу про одного юнака, який страждав від головного болю: «Якщо буде добре з очима, то добре буде і з головою, а як буде добре з головою, то буде добре і всьому тілу, а тіло не можна лікувати без душі. Оскільки від душі йде все - як добре, так і зле, як на тіло, так і на всю людину... А душа повинна лікуватися особливими цілебними розмовами...».

У грецькій філософії і медицині була вже поширеною думка про вплив душі та духу на тіло. На зорі розвитку медицини до лікування будь-якого захворювання підходили з позицій єдності душі («психо») і тіла («сома»). Ще Гіппократ розглядав хворобу як порушення відношень між суб'єктом і світом. Власне йому належить постулат про те, що лікувати потрібно не хворобу, а хворого і що лікар зобов'язаний знати, досліджувати і враховувати індивідуальні особливості пацієнта (його поведінку, мову і навіть мовчання). Платон писав: «...велика помилка в лікуванні хвороб те, що є лікарі для тіла і лікарі для душі, оскільки одне невіддільне від другого... Бо там, де ціле почуває себе погано, частина його не може бути здоровою». Висловлюючись сучасною мовою, можна сказати, що медицина в той час була «психосоціосоматичною» [4, с.14-15].

Пізніше термін «психосоматика» з'являється у науковому лексиконі значно пізніше - у 1818 році його вводить Йоганн Крістіан Август Хайнрот, німецький психіатр і філософ, який був одним із перших, хто системно пов'язав моральний стан особистості з розвитком тілесних хвороб [5, с.11].

Він вважав, що різні форми психоемоційного страждання - злість, провина, сором, незадоволеність у сексуальній сфері - можуть спричиняти серйозні соматичні захворювання, серед яких він називав туберкульоз, епілепсію, онкологію. Його підхід був революційним для свого часу і став передумовою формування сучасного психосоматичного мислення.

За визначенням Дж. А. Вінтера, психосоматичне захворювання має низку характерних рис. По-перше, воно спочатку носить функціональний характер, хоча з часом може призвести до органічних змін у тілі. По-друге, його виникнення зумовлене впливом неадекватного подразника. По-третє, реакція організму на цей стимул є перебільшеною та невідповідною. По-четверте, коріння такого захворювання слід шукати в минулому досвіді, зокрема в ситуаціях, які супроводжувалися сильним дискомфортом або болем. По-п'яте, в його основі лежить механізм закріплення певної реакції. Нарешті, по-шосте, такі стани часто супроводжуються змінами у свідомості, коли людина ніби знову переживає минулі події [6, с.499].

Значний внесок у розвиток психосоматичної парадигми зробив і К. Ясперс, у своїй класифікації виокремлює кілька груп так званих «психосоматичних фактів», підкреслюючи глибоку взаємозалежність між психікою та тілом.

Соматичні відчуття, що можуть виникати в кожній людині. Вони є недиференційованими, слабо усвідомленими, і можуть проявлятися як патологічні внаслідок психічного впливу. Йдеться, зокрема, про такі прояви, як психогенна анестезія, істеричні симптоми, галюцинації, псевдогалюцинації та неорганічний біль. Ці стани Ясперс розглядає як викривлене відображення соматичних процесів, що виникає без реальної тілесної основи або формується на ґрунті уяви. Водночас дослідник не приділяє належної уваги питанню, наскільки подібні відчуття у здорової людини можуть бути вільними від уявних нашарувань і фантазій.

Постійні соматичні супровідники психічної активності. Йдеться про фізіологічні прояви емоцій, які супроводжують будь-яку психічну

діяльність. Це можуть бути, наприклад, прискорене серцебиття, пітливість, напруження м'язів тощо.

Соматичні захворювання, прямо зумовлені психічним станом. У межах цієї групи Ясперс виділяє кілька форм:

Напади й втрати свідомості - реакції психогенного походження, спричинені емоційним перевантаженням.

Функціональні порушення внутрішніх органів, включно з розладами голосу, слуху, вегетативними збоями, порушеннями роботи серцево-судинної, травної систем, а також проявами, схожими на неврологічні порушення (наприклад, тремор, заїкання). Пацієнти часто вважають, що джерело цих симптомів – виключно біологічне. Однак, за Ясперсом, «невроз вражає душу, яка обирає певний орган, щоб проявити свою внутрішню поразку через тілесний симптом».

Соматичні хвороби як реакція «душі» - внутрішньоосмислене спрямування психіки на вразливі органи (наприклад, розвиток бронхіальної астми, гастриту, виразки тощо).

Порушення у сфері інстинктивних поведінкових моделей, зокрема сексуальні дисфункції, різкі коливання ваги, ендокринні розлади [7, с.20-21].

Ця класифікація Ясперса стала однією з перших спроб систематизувати психосоматичні прояви та заклала основу для подальших досліджень і класифікацій. Вона охоплює як фізіологічні вираження емоцій, так і функціональні порушення в діяльності органів, які істотно відрізняються від істеричних розладів.

Ідеї Ясперса перегукуються з думками американського психіатра Джона Немії, який звернув увагу на те, що ще до офіційного введення терміна «психосоматика» у науковий обіг, його інтуїтивно використовував англійський поет Семюел Тейлор Колрідж. У 1811 році він писав: «Те, що я висловлюю у своєму настрої, або скоріше витісняю в несвідоме, це точно діяння, вся сила якого спрямована на моє тіло». У збережених есе про емоції 1969 року він уживає термін «моя психосоматична наука», описуючи стан,

коли душевне переростає у тілесне. Його знайомий, поет Фрідріх Клопшток, довгі роки страждав на тілесні розлади, але під час розтину лікарі не виявили жодної органічної причини, що ще раз підтверджує зв'язок між емоційною сферою та соматикою [8, с.83].

К. Юнг, будучи впевненим «в абсолютній єдності всього існуючого, дійшов висновку, що фізичне і ментальне, подібно до просторового і тимчасового, за сутністю категорії людські, психічні ... Фактично протилежності можуть виявитися фрагментами однієї і тієї ж реальності. Принципи доповнення можна застосувати і до проблеми душі і тіла» [9, с.12].

Французький філософ Рене Декарт відстоював концепцію дуалізму, згідно з якою тіло і душа існують окремо й не є взаємопов'язаними. Більше того, він розглядав їх як протилежні за своєю природою. Проте в контексті психосоматичних досліджень значущою виявляється інша думка Декарта - про наявність посередника між тілесним і психічним - мозку. На його переконання, фізіологічні процеси в мозку можуть впливати на психіку, так само як і психічні явища здатні спричиняти фізичні зміни в організмі [10, с.8].

Грицюк І. та Хлівна О. надають наступне визначення психосоматика – це, відповідно, відображення через тіло психічного життя, яке охоплює як тілесні прояви емоцій, так і відображення інших підсвідомих процесів [11, с.59].

У свою чергу, соматоформний розлад – фізична хвороба або нездужання, що викликаються в основному психологічними причинами, при яких пацієнт свідомо не бажає хворіти і симптоми хворобливих розладів штучно не викликає. Це соматизована психічна реакція, що виявляється різними скаргами на хворобливий стан різних органів і систем організму, за відсутності об'єктивних підтверджень наявності серйозного соматичного захворювання, хоча неспецифічні функціональні порушення часто є присутніми [12, с.3].

Соматоформні розлади за МКХ 10 охоплюють: соматизований розлад (F45.0), недиференційований соматоформний розлад (F45.1), іпохондричний розлад (F45.2), соматоформна вегетативна дисфункція (F45.3), хронічний соматоформний больовий розлад (F45.4) [13, с.259].

Таким чином, розвиток уявлень про психосоматичні зв'язки проходив довгий шлях - від інтуїтивного розуміння у ведичній медицині, грецькій філософії та ранній європейській медицині до сучасних клінічних концепцій, що спираються на психологічні, психоаналітичні, біопсихосоціальні підходи. Психосоматика сьогодні - це не просто галузь знання, а цілісна наукова парадигма, що розглядає людину в єдності її психічного, тілесного та соціального буття. Саме в цій інтеграції відкривається можливість справжнього лікування не лише симптомів, а й першопричин страждання, яке проявляється в хворобі як універсальній мові душі.

1.2. Моделі виникнення психосоматичних симптомів

Поява тілесних симптомів, що не мають очевидного медичного пояснення, привертає увагу дослідників уже протягом тривалого часу. Вони розглядаються як результат складної взаємодії між психологічним станом людини, її емоційними переживаннями, особистісними характеристиками та умовами зовнішнього середовища. Зміни у функціонуванні організму, які виникають під впливом психічних чинників, можуть набувати різноманітних форм - від легкого фізичного дискомфорту до виражених симптомів, що істотно впливають на якість життя.

Наукові спроби пояснити природу таких симптомів зумовили появу різних уявлень про механізми їх виникнення. В основі цих уявлень лежить ідея про тісний взаємозв'язок психіки та тіла, за якого емоційні або ментальні процеси можуть реалізовуватись у фізичних проявах. Часто симптоми вважаються своєрідною мовою тіла, через яку людина несвідомо виражає внутрішню напругу, конфлікти, пригнічені переживання або

неможливість адаптації до життєвих обставин. Іноді тіло стає єдиним «носієм» того, що не може бути висловлено словами чи усвідомлено на рівні думок.

Вивчення таких механізмів має важливе значення не лише для теоретичного розуміння, а й для практичної діяльності в сфері охорони здоров'я. Воно допомагає виявити джерела фізичного страждання, що виникає без видимих органічних причин, а також розробити ефективні підходи до підтримки людини, яка переживає подібні труднощі. Аналіз основних напрямів наукового осмислення виникнення психосоматичних симптомів дозволяє побачити, як змінювалось ставлення до цього феномену впродовж часу, та як сучасна наука прагне поєднати знання про психологію, фізіологію та соціальні чинники у єдине цілісне бачення людини.

Таким чином, у даному підрозділі буде розглянуто ключові наукові підходи до пояснення природи психосоматичних проявів, їхні основні положення, практичне значення та внесок у формування сучасного міждисциплінарного бачення людського здоров'я.

Одним із перших науковців, який звернув увагу на цей феномен, був Зигмунд Фройд. На початку XX століття він сформулював уявлення про можливість трансформації «пригнічених емоцій» та психологічних травм у тілесні симптоми шляхом так званої конверсії. Згідно з його теорією, несвідомі психічні конфлікти, не знаходячи виходу в усвідомленій сфері, реалізуються на тілесному рівні у вигляді функціональних розладів. Цей процес згодом був доповнений уявленням про соматичну готовність - особливий фізіологічний стан організму, який визначає «мішеневий орган», через який реалізується емоційне напруження [14, с.54].

Дослідження Ф. Александера стали ключовим етапом у становленні психосоматичної медицини як окремого напрямку. Він стверджував, що симптом є природним фізіологічним супроводом хронічних емоційних станів, а кожне неусвідомлене або невиражене почуття має свій соматичний еквівалент. В основі психосоматичного захворювання лежить

інтрапсихічний конфлікт, що супроводжується характерним емоційним переживанням та відповідними фізіологічними реакціями. У своїй класифікації Александр виокремлює три форми психогенних захворювань: істеричні конверсії, вегетативні неврози та власне психосоматичні захворювання. Наприклад, у пацієнтів із нейродермітом фіксується пригнічення потреби в емоційній чи фізичній близькості; особи з виразковою хворобою перебувають у внутрішньому конфлікті між прагненням до автономії та бажанням турботи й опіки. Відтак, соматичний симптом постає як вираз психологічної боротьби особистості [15, с. 7].

Значний внесок у розвиток цілісного підходу до проблеми зробив Вільгельм Райх. Його концепція характерного панцира розширила уявлення про механізми формування психосоматичних розладів. Райх розглядав тіло як активного учасника психічного процесу, підкреслюючи нерозривну єдність психіки й соматичних реакцій. На його думку, тілесні блоки, що виникають унаслідок хронічного емоційного напруження, фіксуються у м'язах та внутрішніх органах, унеможливорюючи природний емоційний вираз. Такий «панцир» поступово стає джерелом функціональних, а згодом і органічних порушень [16, с. 98].

В той же час з початку XX століття здійснювалися дослідження І. П. Павлова та його співробітників, присвячені вивченню фізіології нервової діяльності. В 1904 році Павлов отримав Нобелівську премію за експериментальне вивчення нервової регуляції кровообігу та травлення. У ряді робіт І. П. Павлов та його колеги показали роль центральної нервової системи в регуляції соматичних функцій, в тому числі у виникненні психосоматичних захворювань. За словами Павлова, в основі психосоматичних захворювань знаходяться так звані «ошибки» умовних рефлексів [17, с. 9].

Ідею хвороби як прояву індивідуального досвіду та життєвої історії розробляла Ш. Бюлер, акцентуючи увагу на прагненні до самоздійснення та відчутті ефективності як ключових чинниках психологічного здоров'я. На її

думку, здатність людини формувати цілі, що відповідають її внутрішній природі, є основою повноцінного самореалізованого життя. Відсутність таких цілей, як і дефіцит самоспрямованості та самовизначення, може призводити до розвитку неврозів і порушення психологічної рівноваги у взаємодії з навколишнім середовищем [18, с. 53].

Німецький лікар А. Гольдшейдер уперше описав відчуття, переживання та уявлення хворого про свою хворобу і назвав їх аутопластичною картиною захворювання. А. Гольдшейдер виокремив два рівні у картині захворювання: «сенситивний», який виникає на основі відчуттів, та «інтелектуальний», що є результатом розмірковувань хворого про свій фізичний стан [19, с. 143].

У той же час, варто відзначити, що виникнення захворювань психосоматичного характеру ґрунтується на п'яти основних емоціях, серед яких можна виділити: смуток, гнів, інтерес, страх і радість. Люди відчують справжній біль, справжню нудоту або інші справжні фізично відчуючи симптоми, проте за відсутності фізіологічної причини. Найчастіше психосоматичні прояви зустрічаються в результаті недостатньої адаптації людини до життєвих обставин, коли нервова система не в змозі прийняти і обробити потік даних. Порушення в роботі органів виникає як відповідна реакція організму на емоційні переживання. Навіть найменші негативні емоції здатні істотно нашкодити організму [20, с. 29].

Кажуть: «стиснулося серце», «підкотив клубок до горла», «став білим, мов крейда» або «почервонів як рак», «мов камінь з душі» тощо. Усі ці образні висловлювання вказують на соматичні зміни, що виникають під час емоційних переживань. При цьому спостерігають психосоматичні відхилення від емоційного компонента [21, с. 32]. Обмеження себе у вираженні емоцій, почуттів, стримування природних поривів-відбиваються на фізичному самопочутті, виявляючись:

- неврозами, формуванням комплексів;
- виникненням відчуття, що ти живеш чужим життям;

–пошуком виправдань свого життя, звинувачуючи у своїх проблемах будь-кого;

–формуванням стійкого відчуття, що ти постійно робиш не те, що хочеш, а те, що маєш;

–невмінням відкрито висловлювати свої почуття - близькі відчують нестачу любові лише тому, що людина не може її висловити;

–образами, які нескінченно поглинають, замість того, щоб дати відсіч кривднику.

Невідреаговані емоції є джерелом багатьох проблем і хвороб сучасного світу. Заблокована емоція має вийти назовні, і вона робить це через хвороби [22, с. 209].

Серед шкідливих соціально-психологічних факторів, які збільшують ризик виникнення психосоматичних хвороб, виділяють наступні: неадекватне виховання (відторгнення дитини, гіпер- або гіпоопіка, виховання за типом підвищеної моральної відповідальності, суперечливе виховання), дисгармонійна сім'я, страх вступу до школи, неприйняття колективом однолітків, тиск вимог навчального процесу та ін. [23, с. 175].

Психологічно травмуючі обставини, такі як розлучення батьків, смерть близької людини можуть безпосередньо передувати розвитку психосоматичного захворювання.

На думку Г. В. Католик, М. С. Компанович сім'я виконує головну роль у формуванні такого психосоматичного явища, як конверсія, та індивідуальних рис особистості (тип акцентуації характеру, інфантильність, алекситимія), також може сприяти зниженню стресостійкості, загостренню чутливості до втрат об'єкту прив'язаності та схильності до соматизації. Психологічні чинники, що беруть участь в генезі психосоматичних розладів, найчастіше виникають під впливом сім'ї. Передбачається, що сім'ї, які сприяють виникненню психосоматичних реагувань у підлітків, мають низку аномальних властивостей. До них належать сім'ї, в яких існують:

- втручання в особистісний простір і нечітке становище підлітків сім'ї;

- надмірна турбота про стан здоров'я членів сім'ї;
- ригідність з постійною тенденцією до збереження сталого стану сім'ї;
- невміння вирішувати конфлікти, що за-лежні від деструктивних взаємодій і призводять до соціальної дезадаптації.

Заборонені в сім'ї проблеми постійно активують механізм уникнення, детермінуючи і провокуючи загострення захворювання [24, с. 183].

Термін «алекситимія» походить від грецьких слів: «а» - заперечення або відсутність, «lexis» - слово, «thymos» - настрій, почуття або душа, і був запроваджений Ноймайєром і Сифнеосом (Niemiah & Sifneos, 1970). Алекситимічні особи, як вважається, мають підвищену схильність до розвитку психосоматичних захворювань. Вони характеризуються слабо розвиненою уявою, недостатнім емоційним залученням до подій навколо, обмеженою здатністю до емпатії. Такі люди часто не можуть точно визначити й описати свої емоції, іноді взагалі не знаходять слів для того, щоб висловити внутрішній стан. Їхнє мовлення зосереджене переважно на конкретних фактах або об'єктах, а не на переживаннях. Через неспроможність усвідомлювати і вербалізувати власні емоційні конфлікти, ці особи накопичують внутрішню напругу, яка з часом може проявитися у вигляді психосоматичних симптомів [25, с. 8].

Алекситимія, характеризується чотирма типовими ознаками з різним ступенем їхньої виразності в кожному окремому випадку:

1. Своєрідна обмеженість здатності фантазувати. Пацієнт затруднюється або виявляється просто не здатним використовувати символи, результатом чого є своєрідний тип мислення, який можна визначити як «механічний», «утилітарний», «конкретний».

2. Типовою є нездатність описати свої почуття, тим більше – пов'язати з ними ті чи інші вербальні та жестові прояви. Емоції переживаються (якщо вони взагалі є), як те, що не має змоги передати словами. Такі пацієнти часто описують себе через навколишніх (моя дружина сказала... лікар сказав...) або замість почуттів описується соматична реакція.

3. Психосоматичні пацієнти високо пристосовані до товариських стосунків, що навіть визначається як «гіпернормальність». Але їхній зв'язок з конкретним партнером характеризується своєрідною «порожнечою стосунків», оскільки вони не можуть розпізнати психологічні тонкощі, і часто залишаються на рівні конкретного «предметного» використання об'єктів.

4. Через психологічну затримку на симбіотичному рівні і пов'язану з цим недостатність диференціації суб'єкт – об'єкт, впливає нездатність таких пацієнтів до щирих відносин з об'єктом і до процесу перенесення. Відбувається тотальна ідентифікація з об'єктом; хворий існує, наче за допомогою або завдяки наявності іншої людини («ключової фігури»). Звідси стає зрозумілим, чому втрата (вигадана чи реальна) цієї «ключової фігури» («втрата об'єкту») так часто виявляється як провокуюча ситуація на початку (чи при погіршенні) хвороби [26, с. 115].

На думку Л. Цепух та І Грицюк травматичний досвід у дитинстві не лише впливає на психіку, а й проявляється у: хронічних захворюваннях (серцево-судинні, діабет, аутоімунні хвороби); порушеннях сну, синдромі хронічної втоми; фіброміалгії та інших розладах із психосоматичним компонентом [27, с. 283].

А. Менегетті вважає, що у людини, яка страждає на хронічну хворобу, проявляється внутрішній психічний конфлікт або роздвоєність, яка може бути як очевидною, так і прихованою. Це супроводжується небажанням пристосовуватися до обставин, а також відмовою від попередніх соціальних зв'язків чи взаємостосунків. Власне хвороба виникає у тому випадку, коли особа, зіткнувшись із ситуацією, яка є для неї неприйнятною, намагається її подолати, не вдаючись при цьому до внутрішніх змін.

У такій ситуації можливі три варіанти реагування: перший - прийняти виклик, адаптуватися і трансформувати труднощі у ресурс для особистісного зростання; другий - уникнути ситуації або втекти від неї; і третій - хибний, коли зовні людина ніби адаптується, однак внутрішня

напруга призводить до розплати у вигляді фізичного захворювання [28, с. 57-58].

Згідно з класифікацією Леслі Ле Крона, однією з головних причин виникнення психосоматичних захворювань є внутрішній конфлікт - зіткнення протилежних прагнень свідомого й несвідомого рівнів особистості. Також значну роль відіграє мотивація або прихована вигода, коли хвороба слугує способом досягнення певних психологічних чи соціальних цілей. Іншим чинником є навіювання, за якого людина на несвідомому рівні приймає ідею власного захворювання як реальність. Окрім того, психіка може «говорити» через тіло - у метафоричній формі, коли емоційні переживання виявляються через соматичні симптоми. Наприклад, фраза «у мене вже голова болить від тебе» може бути відображена у вигляді реального головного болю, або вислів «не можу її перетравити» - у вигляді розладів шлунково-кишкового тракту [29, с. 6].

Нейрофізіологічний напрям виокремився порівняно недавно, проте саме він повною мірою відображає всю сукупність факторів впливу на особистість. Біологічна суть людської істоти мало змінилася за останні кілька століть. Проте причин, що лежать в основі стресу, додалося. Відповідно представники нейрофізіологічного напрямку тілесні хвороби розглядають як результат формування патологічних функціональних систем під впливом емоційного стресу [30, с. 525].

Гуменюк Л.Й. та Федчук О.В. підкреслюють, що у військових, які пережили бойові дії, часто виникають посттравматичні стресові розлади (ПТСР), що супроводжуються фізичними симптомами, такими як болі в серці, головний біль та порушення сну [31].

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду, ПТСР визначено як тяжкий психічний стан, який виникає в результаті одиничної або повторюваної психотравмуючої події (воєнних дій, природних або техногенних катастроф, серйозних нещасних випадків, спостережень за насильницькою смертю, перебування в ролі жертви

знущань, тероризму, сексуального насилля або іншого злочину) [32, с.22].

Зв'язок між ПТСР і високим ризиком розвитку серцево-судинних захворювань також було виявлено американськими дослідниками Ida T. Fonkoue і колегами. Виявилося, що ПТСР часто супроводжується дисфункціями імунної системи, вегетативними порушеннями, підвищеною симпатичною реактивністю та зниженою парасимпатичною активністю [33, с. 62].

Один із розладів, що виникають через стрес, - це пролонгована реакція горя, яка була внесена як окрема категорія до МКХ-11. Існування цього діагнозу було підтверджено у різних культурах. Головним компонентом пролонгованої реакції горя є глибоке почуття туги за померлим, яке не залежить від загальних симптомів тривоги або депресії. Це переживання не реагує на лікування антидепресантами (на відміну від депресивних розладів, пов'язаних з втратою), однак психотерапевтичні підходи, спрямовані безпосередньо на симптоми пролонгованого горя, показують значно більшу ефективність у зменшенні його проявів, ніж лікування, орієнтоване на депресію. Люди, що страждають від пролонгованої реакції горя, часто стикаються з серйозними психосоціальними труднощами та проблемами зі здоров'ям [34, с. 6].

Голландський філософ Б.С Піноза представив концепцію цілісного організму підкреслюючи, що живі організми переживають тілесні процеси як афекти думки та бажання (трактат «Про походження і природу афектів») Відчуття задоволення, що належить і душі і тілу він називав веселощі або приємність, а відчуття незадоволення – болем та меланхолією [35, с. 201].

Емоційна реакція, що виражається у формі туги і постійної тривоги, нейро-вегетативно-ендокринних змін і характерному відчутті страху, є єдиною ланкою між психологічною і соматичною сферами. Повний розвиток почуття страху відповідає захисним фізіологічним механізмам, але зазвичай воно лише зменшує, а не усуває повністю ці фізіологічні явища і їх патогенну дію. Цей процес можна розглядати як гальмування, тобто стан,

коли психомоторні і словесні вирази тривоги або ворожих почуттів блокуються таким чином, що стимули, що надходять з ЦНС, відводяться до соматичних структур через вегетативну нервову систему і, таким чином, призводять до патологічних змін в різних системах органів [36, с. 14].

Стрес і сильні емоції можуть проявлятися респіраторними симптомами, такими як задишка і прискорене дихання, оскільки дихальні шляхи між носом і легеньми звужуються. Для людей без респіраторних захворювань, як правило, це не є проблемою, оскільки організм може виконувати додаткову роботу, щоб дихати комфортно, але психологічні стресори можуть посилити проблеми з диханням у людей із наявними респіраторними захворюваннями, такими як астма та хронічна обструктивна хвороба легень (ХОЗЛ; включаючи емфізему і хронічний бронхіт). Деякі дослідження показують, що гострий стрес, наприклад смерть близької людини, насправді може спровокувати напади астми. Крім того, прискорене дихання (гіпервентиляція), викликане стресом, може спровокувати напад паніки у людей, схильних до панічних атак [37, с. 20].

Дослідники Лондонських інститутів Emanuele F. Osimo, Toby Pillinger, Irene Mateos Rodriguez, Golam M. Khandaker, Carmine M. Pariante, Oliver D. Howes довели, що депресія та тривога посилюють запалення в організмі. У дослідженні враховано випадки 5166 пацієнтів [38, с. 60].

Аналіз наукових підходів до розуміння психосоматичних явищ демонструє надзвичайну концептуальну і міждисциплінарну різноманітність, яка охоплює психоаналітичні, нейрофізіологічні, гуманістичні, соціально-психологічні, когнітивні та філософські напрями. Розвиток психосоматики від перших гіпотез З. Фрейда про конверсію до сучасних нейробіологічних досліджень із вивченням взаємодії емоцій, імунної та нервової систем свідчить про те, що ця галузь знань поступово трансформувалася в самостійний, комплексний напрям, що потребує інтеграції знань з медицини, психології, психотерапії, соціології та філософії.

Кожна з представлених теорій - від концепції соматичної готовності та характерного панцира до моделей алекситимії, внутрішнього конфлікту, стресу, втрати й пролонгованої реакції горя - висвітлює окремий аспект складного процесу соматизації. Дослідники розглядають як свідомі, так і несвідомі механізми, що лежать в основі тілесних проявів емоційних порушень, а також вплив соціального контексту, родинного виховання, дитячих травм, індивідуальних психологічних особливостей і рівня емоційної регуляції.

Психосоматика перестає бути лише галуззю теоретичних міркувань - вона слугує практичним інструментом для виявлення прихованих внутрішніх конфліктів, що впливають на соматичне здоров'я. Концепція «тіла як мови душі» набуває все більшої актуальності в умовах сучасного світу, де емоційна пригніченість, хронічне перенапруження, соціальна ізоляція й психотравмуючі події створюють підґрунтя для виникнення психосоматичних розладів. Саме тому важливо не лише діагностувати й лікувати симптом, а й розуміти його глибинну природу, шукати сенс у його появі та створювати умови для психологічного зцілення й особистісного зростання.

Різноманіття підходів підтверджує: жодна модель не є універсальною. Натомість, лише у їх поєднанні - з урахуванням тілесних, емоційних, когнітивних, соціальних і культурних чинників - можливо досягти справжнього розуміння феномену психосоматики та ефективної допомоги людині.

РОЗДІЛ 2. ПСИХОДІАГНОСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПЕРЕДУМОВ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СТАНІВ

2.1. Мета, завдання, методи та вибірка дослідження

В умовах затяжної соціальної нестабільності, спричиненої повномасштабною війною та її супутніми кризами (епідеміологічною, соціальною, гуманітарною), в українському суспільстві дедалі частіше спостерігаються порушення психосоматичного рівня функціонування. Психосоматичні розлади, які раніше часто залишалися на периферії клінічного та психологічного інтересу, нині вийшли на передній план як результат хронічного стресу, тривалої тривоги, фрустрації та порушеної адаптації до умов повсякденного життя. Актуальність дослідження цього феномену зростає в контексті необхідності розробки ефективної системи психопрофілактики та втручань, особливо серед представників соціальних груп, які мають підвищений ризик розвитку психосоматичних станів.

Мета дослідження полягала у виявленні психосоматичних проявів у представників різних соціальних груп, які перебували або перебувають у стані хронічного стресу, а також у визначенні емоційно-поведінкових чинників, що можуть сприяти виникненню або поглибленню психосоматичних порушень.

Завдання дослідження включали:

- ✓ Добір психодіагностичних методик, які дозволяють комплексно оцінити психосоматичну симптоматику та супутні психічні стани (тривожність, фрустрацію, ригідність, агресивність, депресивну симптоматику).
- ✓ Проведення емпіричного дослідження у шести групах респондентів, які різною мірою зазнали дії хронічного стресу чи потенційної психотравматизації.
- ✓ Порівняльний аналіз між групами з метою виявлення спільних і

відмінних психосоматичних патернів.

✓ Формулювання рекомендацій для побудови цілісної психопрофілактичної програми, з урахуванням особливостей психосоматичної реактивності різних категорій населення.

Об'єктом дослідження виступали особи з різною мірою психоемоційної напруги та схильністю до психосоматичних реакцій, що виникли внаслідок війни, травмуючих подій або професійного навантаження.

Предмет дослідження — особливості психосоматичних проявів у представників різних соціальних категорій, залежно від рівня тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності, болю та соматичних скарг без органічної патології.

До участі у дослідженні було залучено:

№	Група	Кількість	Характеристика
1.	Військово-службовці	10 осіб	Перебували у хронічному стресі, ймовірний ПТСР, ризик психосоматичних реакцій
2.	ВПО	10 осіб	Пережили травматичні події, зміна соціального середовища, психоемоційне напруження
3.	Мед. працівники	10 осіб	Високий рівень професійного вигорання, постійний контакт зі стражданням інших
4.	Підлітки з ознакам тривожності або поруш. адаптації	10 осіб	Етап психосоціального становлення, вразливість до психосоматичних розладів
5.	Жінки з діагностованими соматичними скаргами без	10 осіб	Наприклад, головний біль, шлунково-кишкові симптоми, серцебиття без підтвердженої соматики

	органічної патології		
6.	Контрольна група (умовно здорові)	10 осіб	Відсутність скарг на соматичні симптоми, відносна емоційна стабільність

Для емпіричного дослідження психосоматичних розладів доцільно сформувати вибірку, що охоплює різні соціальні та психологічні категорії населення, які мають підвищений ризик розвитку психосоматичних симптомів або перебувають у стані відносної емоційної стабільності. Зокрема, у вибірці до 60 осіб включено шість груп по 10 осіб кожна, які відображають різноманітність життєвих обставин і психологічних станів.

Першою групою досліджуваних були військовослужбовці з досвідом участі у бойових діях, які перебувають у стані хронічного психоемоційного та фізіологічного стресу. Цей стан має пролонгований характер і, згідно з численними дослідженнями, нерідко призводить до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Саме ПТСР, як і супутні йому тривожно-депресивні стани, є потужними детермінантами психосоматичних розладів, що мають тенденцію до хроніфікації. У військових осіб соматичні прояви набувають форми рецидивуючих головних болів, порушень серцевого ритму, шлунково-кишкових розладів, м'язових болів, безсоння, гіпергідрозу, загальної слабкості. Ці симптоми часто залишаються поза фокусом медичної допомоги через відсутність чіткої органічної основи, хоча їх інтенсивність суттєво знижує якість життя. Вивчення цієї групи дозволяє аналізувати психосоматичну реактивність у найвразливішій за критерієм травматизації категорії.

Другу групу становили внутрішньо переміщені особи (ВПО), які пережили вимушену зміну місця проживання, втрату соціальних, професійних і особистісних опор. Ці обставини супроводжуються високим рівнем екзистенційної тривоги, нестабільністю самоідентифікації, почуттям безсилля та втратою контролю над життям. Такий досвід призводить до накопичення психоемоційної напруги, яка часто не знаходить вербалізованого виходу й трансформується у тілесні симптоми: зниження

апетиту, болі в ділянці серця, порушення менструального циклу в жінок, напади паніки, проблеми зі сном, шкірні реакції. У цій групі виразно проявляється зв'язок між інтенсивністю стресогенних факторів і рівнем соматизації. Дослідження ВПО є надзвичайно важливим з огляду на масштабну внутрішню міграцію, що відбулася в Україні внаслідок воєнних дій, а також для розробки психопрофілактичних програм на рівні громад.

До третьої групи були залучені медичні працівники, особливо ті, хто безпосередньо контактував із пацієнтами під час пандемії COVID-19, а також в умовах воєнного стану. Представники цієї групи зазнають високого рівня професійного навантаження, мають обмежені ресурси для відновлення, перебувають у постійному контакті з болем, стражданням, смертю, що формує стан хронічного емоційного виснаження. Їм притаманні ознаки професійного вигорання, що включають апатію, зниження емоційної чутливості, дратівливість, іпохондричні прояви. На тілесному рівні фіксуються хронічна втома, порушення сну, розлади апетиту, головний біль напруги, а також функціональні болі в ділянці серця, попереку, шиї. Дослідження цієї групи дозволяє вивчити зв'язок між альтруїстичною роллю, відповідальністю та схильністю до психосоматичних порушень у професійній діяльності.

Четверта досліджувана група - підлітки, які мають підвищений рівень тривожності, дезадаптації та соматизації. У цьому віковому періоді, що супроводжується інтенсивним психофізіологічним і соціальним розвитком, особливо вразливими є емоційна регуляція та здатність до усвідомлення і вербалізації психічних станів. Через це стресові фактори, що виникають у родині, школі чи соціальному середовищі, часто набувають форми соматичних скарг. До найпоширеніших належать біль у животі, нудота, серцебиття, головний біль, слабкість, часті ГРВІ. Особливу увагу викликає тенденція до самозаглиблення, психічної ригідності, а також страх перед вираженням почуттів, що значно ускладнює процес психологічної допомоги. Дослідження цієї категорії є критично важливим для ранньої

профілактики хронічних психосоматичних станів, які формуються ще в підлітковому віці.

П'яту групу складали жінки, які зверталися зі скаргами на тілесні розлади, що не мали підтвердженої органічної патології, зокрема - функціональні розлади ШКТ, головний біль, гінекологічні порушення, порушення сну, вегетативні кризи. Ці симптоми мають характер соматоформних порушень, де провідну роль відіграють психологічні фактори: хронічна тривога, емоційна лабільність, залежна поведінка, схильність до придушення емоцій. Жінки цієї категорії часто зазнають подвійного навантаження - емоційного (відносини в родині, самореалізація) та соціального (робота, побут), що не завжди компенсується достатньою підтримкою. Вивчення цієї групи дає змогу описати типову психосоматичну модель з яскраво вираженою психогенезою тілесних симптомів.

Контрольну групу становили умовно здорові дорослі особи без хронічних соматичних скарг, які не перебували у стані психологічного напруження, не мали досвіду психотравм і характеризувалися стабільним соціальним оточенням. Їхня участь у дослідженні дозволила забезпечити базовий рівень показників для порівняльного аналізу з іншими категоріями. Саме ця група стала еталоном для виявлення статистично значущих розбіжностей у психічних станах, рівні соматизації, суб'єктивному сприйнятті болю та факторів ризику.

Дослідження проводилося у декілька взаємопов'язаних етапів. Першим став **підготовчий етап**, протягом якого було визначено теоретичну базу, сформульовано мету, завдання, об'єкт і предмет дослідження, сформовано робочі гіпотези. Аналіз фахової літератури дозволив визначити ключові психосоматичні концепції, зокрема біопсихосоціальну модель, психодинамічний і когнітивно-поведінковий підхід. Саме на основі цього аналізу було підібрано відповідні психодіагностичні методики, серед яких:

Опитувальник Айзенка [39, с.12], що діагностує чотири важливі психічні стани (тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність) і

дозволяє виявити їх вплив на соматичне самопочуття.

Методика диференціальної діагностики психічних станів [40, с.112], адаптована до воєнного контексту, яка дозволяє уточнити, які саме психоемоційні стани домінують у різних групах (депресивні, астеничні, тривожні тощо).

Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової) [41, с.129] – шкала зниженого настрою (ШЗНС), що дозволяє диференціювати субклінічні та клінічні рівні депресивних розладів. Методика корисна для виявлення тенденцій до субдепресії в умовах хронічного стресу.

PHQ (Patient Health Questionnaire) [42, с.23] – стандартизований та клінічно валідний опитувальник, який містить шкали для оцінки депресивних станів (PHQ-9), соматичних симптомів (PHQ-15), генералізованого тривожного розладу (GAD-7) та соматоформних порушень. Вибір методики обґрунтовано її ефективністю у виявленні психосоматичних проявів.

WHYMPI (West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory) [42, с.74] – багатовимірний інструмент, призначений для оцінки суб'єктивної інтенсивності болю, характеру емоційних і поведінкових реакцій на біль, а також ступеня соціальної підтримки. Застосовується у вивченні соматичних скарг та психоемоційної адаптації до тілесних симптомів.

На **організаційному етапі** здійснювався підбір респондентів за чіткими критеріями. Участь була добровільною, забезпечено анонімність та конфіденційність даних. Польовий етап дослідження проводився в Одеській області, де завдяки співпраці з медичними, освітніми, військовими та соціальними структурами вдалося сформувати різномірну вибірку.

Діагностичний етап охоплював безпосереднє опитування респондентів з використанням комбінованої форми – як очної, так і дистанційної. Особливу увагу приділено встановленню довіри, що є необхідною умовою при дослідженні психосоматичних станів. Пояснення

кожної методики передбачало можливість отримання зворотного зв'язку, що посилювало достовірність результатів.

На **етапі обробки даних** результати були верифіковані, переведені в цифровий формат, піддані первинному статистичному аналізу. Далі, **аналітичний етап** включав порівняння міжгрупових відмінностей, обчислення середніх значень, кореляційний аналіз. Результати аналізу дозволили виокремити домінуючі психоемоційні чинники, що сприяють розвитку соматичних симптомів.

Таким чином, дослідження психосоматичних проявів у представників соціально вразливих груп дозволить виявити не лише характер симптоматики, а й механізми, які сприяють її закріпленню. Це відкриває перспективу для створення адаптивних психотерапевтичних програм, спрямованих на зниження психосоматичного навантаження, підвищення психоемоційної стабільності та підтримання загального здоров'я.

2.2. Аналіз психосоматичних проявів у представників соціально вразливих груп

Зважаючи на складну природу соматичних захворювань, що нерідко мають психогенне підґрунтя, важливою складовою дослідження стало проведення психодіагностичного обстеження респондентів. Метою цього етапу було виявлення наявності та вираженості психоемоційних і когнітивних чинників, які можуть виступати як передумови або супутні елементи соматичних порушень. Зокрема, особливу увагу було приділено таким явищам, як тривожність, депресивність, емоційне виснаження, стресостійкість, алекситимія, соматизація психічних станів тощо.

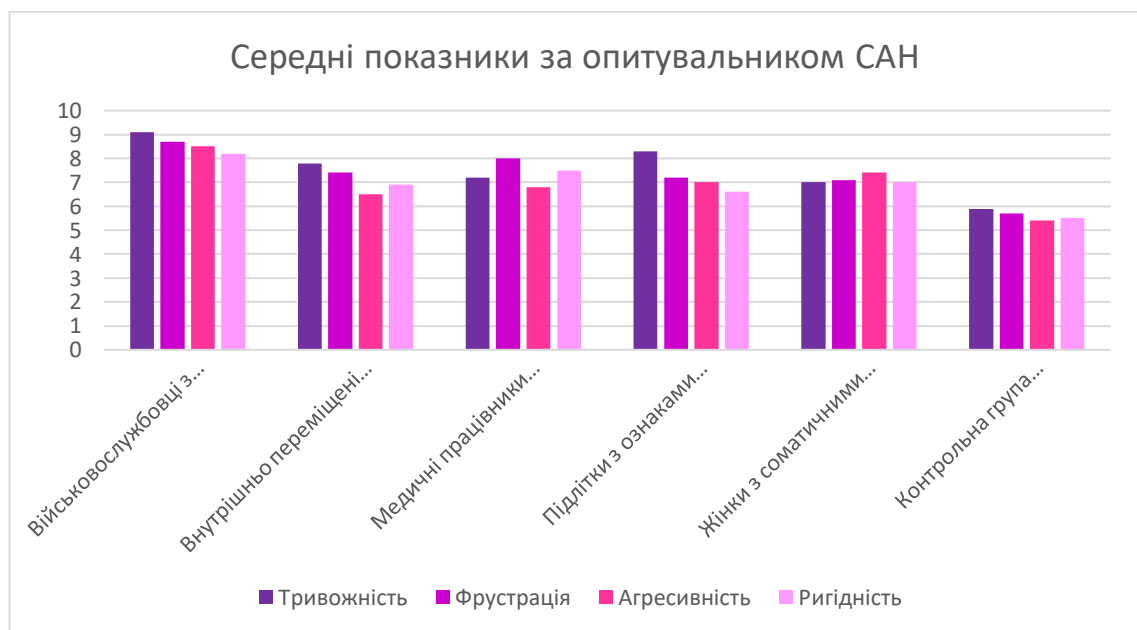
Для досягнення дослідницьких завдань було використано низку стандартизованих психодіагностичних методик, адаптованих до вітчизняних умов, що дали змогу здійснити кількісну й якісну оцінку психічних станів респондентів. Отримані результати дозволили простежити

взаємозв'язок між психологічними чинниками та перебігом соматичних захворювань, а також виявити характерні психологічні профілі осіб із підвищеним ризиком розвитку психосоматичних розладів.

Методика «Самооцінка психічних станів» (за Г. Айзенком).

Таблиця 2.1. Середні показники за опитувальником у групах дослідження.

№	Група	Тривожність (Т)	Фрустрація (Ф)	Агресивність (А)	Ригідність (Р)
1.	Військовослужбовці	9,1	8,7	8,5	8,2
2.	ВПО	7,8	7,4	6,5	6,9
3.	Мед. працівники	7,2	8,0	6,8	7,5
4.	Підлітки з ознаками тривожності	8,3	7,2	7,0	6,6
5.	Жінки з сом.скаргами без органічної патології	7,0	7,1	7,4	7,0
6.	Контрольна група (умовно здорові особи)	5,9	5,7	5,4	5,5



Діаграма 2.1. Середні показники за опитуванням САН.

Умовні шкали оцінювання (за опитувальником):

- 1–3 – низький рівень
- 4–6 – середній рівень
- 7–9 – високий рівень
- 10 – дуже високий (клінічно виражений)

Умовні шкали оцінювання (за опитувальником)	
Бал	Рівень
1-3	низький
4-6	середній
7-9	високий
10	дуже високий (клінічно виражений)

Аналіз отриманих даних за опитувальником, що вимірює рівень тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, дозволяє окреслити загальну психологічну картину емоційного стану респондентів різних груп, які мають підвищений ризик психосоматичних проявів або навпаки демонструють відносну емоційну стабільність.

Найвищі показники тривожності зафіксовано у військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій. Їхній середній бал за шкалою тривожності становив 9,1, що свідчить про високий рівень хронічного напруження, постійного очікування небезпеки та загроз, що характерно для посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Також у цієї групи високими виявились показники фрустрації (8,7), агресивності (8,5) та ригідності (8,2), що свідчить про труднощі в адаптації, накопичене внутрішнє напруження, труднощі з гнучким реагуванням на зміни, а також про схильність до імпульсивних або захисно-оборонних реакцій.

Другою за рівнем тривожності стала група підлітків з ознаками тривожності або порушеннями адаптації, середній бал яких склав 8,3. Цей результат пояснюється низкою чинників, характерних для даного вікового періоду: емоційна нестабільність, формування самооцінки, потреба в соціальному прийнятті, вплив інформаційного простору та нестабільна ситуація в країні. Хоча рівень фрустрації та агресивності дещо нижчий, ніж у військовослужбовців, все ж вони зберігаються на високому рівні (7,2 і 7,0 відповідно), що вказує на порушення адаптаційних механізмів.

Третє місце за рівнем тривожності займають внутрішньо переміщені особи (ВПО) – 7,8 бала. Підвищений рівень тривожності та фрустрації (7,4) пов'язаний із втратою рідного середовища, домівки, соціальних зв'язків та необхідністю починати життя в нових умовах. У цих осіб часто фіксується страх невизначеності, переживання через майбутнє, соціальна вразливість. Їхня агресивність та ригідність залишаються помірними, але дещо підвищеними.

Медичні працівники демонструють відносно нижчий рівень тривожності (7,2), проте в них фіксується найвищий рівень фрустрації серед усіх досліджуваних груп (8,0) і високий рівень ригідності (7,5). Це свідчить про значне емоційне виснаження, симптоми професійного вигорання, втрату гнучкості в поведінці, ригідне мислення та зниження здатності до емоційного відновлення. Постійний контакт зі стражданням інших (зокрема в період пандемії COVID-19 та воєнного стану) сприяв накопиченню психологічного стресу та вторинної травматизації.

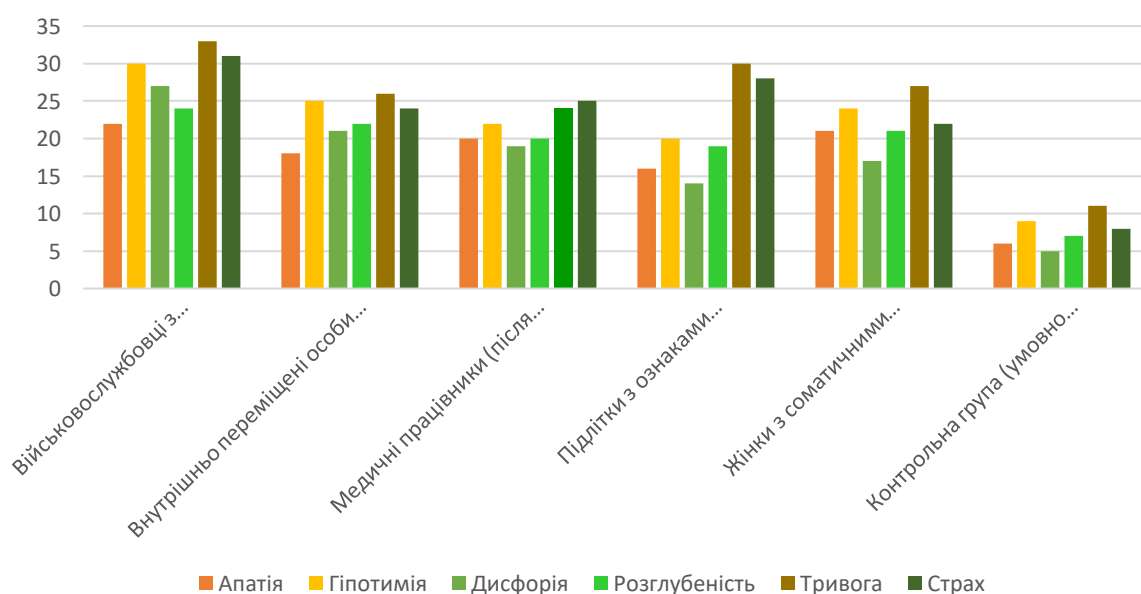
Жінки з соматичними скаргами без підтвердженої органічної патології мають підвищені, але менш виражені рівні тривожності (7,0) та агресивності (7,4). Це дозволяє припустити, що емоційні проблеми у них часто маскуються під тілесні симптоми (головний біль, серцебиття, порушення ШКТ тощо), що відповідає психосоматичному механізму «конверсії». Також у цій групі простежується тенденція до пасивно-агресивної поведінки, прихованого невдоволення та ригідності мислення.

Найнижчі показники за всіма шкалами має контрольна група умовно здорових осіб. Їхній рівень тривожності становить 5,9, фрустрації - 5,7, агресивності - 5,4, ригідності - 5,5. Це свідчить про загальну емоційну стабільність, адаптованість до соціального середовища та відсутність хронічного дистресу. Водночас, навіть у цій групі спостерігається дещо підвищений рівень тривожності, що може бути пов'язано із загальною атмосферою тривожності в суспільстві, пов'язаною з воєнним станом, інформаційною нестабільністю та загрозою небезпеки.

Таблиця 2.2 Методика диференціальної діагностики психічних станів

	Група	Апатія	Гіпотимія	Дисфорія	Розгубленість	Тривога	Страх	Загальний бал
	Військовослужбовці	22	30	27	24	33	31	167
	ВПО	18	25	21	22	26	24	136
	Мед.працівники	20	22	19	20	24	25	130
	Підлітки з ознаками тривожності	16	20	14	19	30	28	127
	Жінки з сом.скаргами без органічної патології	21	24	17	21	27	22	132
	Контрольна група (умовно здорові)	6	9	5	7	11	8	46

Диференціальна діагностика психічних станів (за методикою)





Діаграма 2.2. Диференціальна діагностика психічних станів (загальний бал)

На основі результатів методики «Диференціальна діагностика депресивних станів» було проведено порівняльний аналіз психічних станів у шести групах респондентів: військовослужбовці з досвідом бойових дій, внутрішньо переміщені особи (ВПО), медичні працівники (особливо після COVID-19 в умовах воєнного стану), підлітки з ознаками тривожності та порушеннями адаптації, жінки із соматичними скаргами без органічної патології та контрольна група умовно здорових осіб. Оцінювалися такі психічні стани, як апатія, гіпотимія, дисфорія, розгубленість, тривога та страх.

У групі військовослужбовців з досвідом бойових дій спостерігається глибока депресія (167 балів), що супроводжується вираженою апатією (22), тобто повною емоційною відстороненістю, втратою інтересу до життя, байдужістю до свого стану і оточення. Гіпотимія (30) проявляється через постійне відчуття втрати, безвиході та пригнічення. Значні рівні дисфорії (27) свідчать про внутрішню напругу, роздратування, озлобленість, що нерідко набувають форм агресивної поведінки. Розгубленість (24) виявляється у вигляді неусвідомленої дезорієнтації, труднощів у прийнятті рішень, втратою впевненості у собі. Надмірна тривога (33) та страх (31)

виражаються як в емоційних, так і в тілесних симптомах - гіпервентиляція, стискання у грудях, панічні реакції. Такі результати свідчать про глибоку посттравматичну дестабілізацію психіки та потребу в довготривалій психотерапевтичній допомозі.

У групі внутрішньо переміщених осіб (ВПО) також виявлено глибоку депресію (136 балів), що зумовлено хронічною нестабільністю життєвих умов. Рівень апатії (18) свідчить про поступове згасання емоційного реагування, що поєднується з гіпотимією (25), в основі якої лежить емоційне виснаження, смуток і втрата сенсу. Дисфорія (21) проявляється у формі дратівливості та внутрішньої напруги, що ускладнює соціальну адаптацію. Розгубленість (22) демонструє труднощі з орієнтацією у нових життєвих реаліях, втратою контролю над подіями. Тривога (26) і страх (24) є реакцією на нестабільність, втрату соціальних зв'язків і передбачуваності майбутнього. Це формує високий ризик розвитку психосоматичних розладів і потребує міждисциплінарної підтримки.

У медичних працівників, які працювали в умовах пандемії COVID-19 і воєнного стану, рівень депресії також глибокий (130 балів). Високі бали апатії (20) свідчать про вигорання, втрату професійної мотивації. Гіпотимія (22) проявляється як хронічна пригніченість, песимізм і виснаження. Дисфорія (19) формується як відповідь на тривалий стрес, перевантаження, відсутність ресурсів. Розгубленість (20) сигналізує про когнітивне виснаження - труднощі з концентрацією, прийняттям рішень. Тривога (24) та страх (25) обумовлені високим рівнем відповідальності, моральними дилемами та загрозами для життя, які часто супроводжували їхню професійну діяльність. Необхідна професійна реабілітація та програми вторинної профілактики емоційного вигорання.

У групі підлітків з ознаками тривожності та труднощами адаптації виявлено глибоку депресію (127 балів), проте структура психічних станів має дещо інший профіль. Апатія (16) спостерігається як втрата інтересу до навчання, спілкування та хобі. Гіпотимія (20) проявляється у вигляді

зневіри, зниження самооцінки, дратівливості. Наявна дисфорія (14) - підлітки можуть бути емоційно нестійкими, виявляти агресію до себе та інших. Розгубленість (19) типова для віку, але підсилюється кризовими зовнішніми умовами, що спричиняє дезорієнтацію. Висока тривога (30) та страх (28) можуть мати характер генералізованих тривожних розладів, що часто супроводжуються соматичними скаргами (біль у животі, головний біль, тахікардія). Ця група вимагає раннього психологічного втручання та стабілізації соціального середовища.

У жінок із соматичними скаргами без органічної патології також зафіксовано глибоку депресію (132 бали). Апатія (21) виявляється через байдужість до свого соціального й побутового життя. Гіпотимія (24) проявляється у формі емоційної нестабільності, плаксивості, втрати інтересу до себе. Дисфорія (17) посилює соматизацію та конфліктність у родині. Розгубленість (21) вказує на порушення впевненості у власних силах, труднощі прийняття рішень. Високі показники тривоги (27) та страху (22) підтверджують зв'язок між психоемоційною напругою та появою соматичних симптомів, таких як болі, серцебиття, безсоння. Це вимагає поєднання психотерапевтичних і психосоматичних підходів у лікуванні.

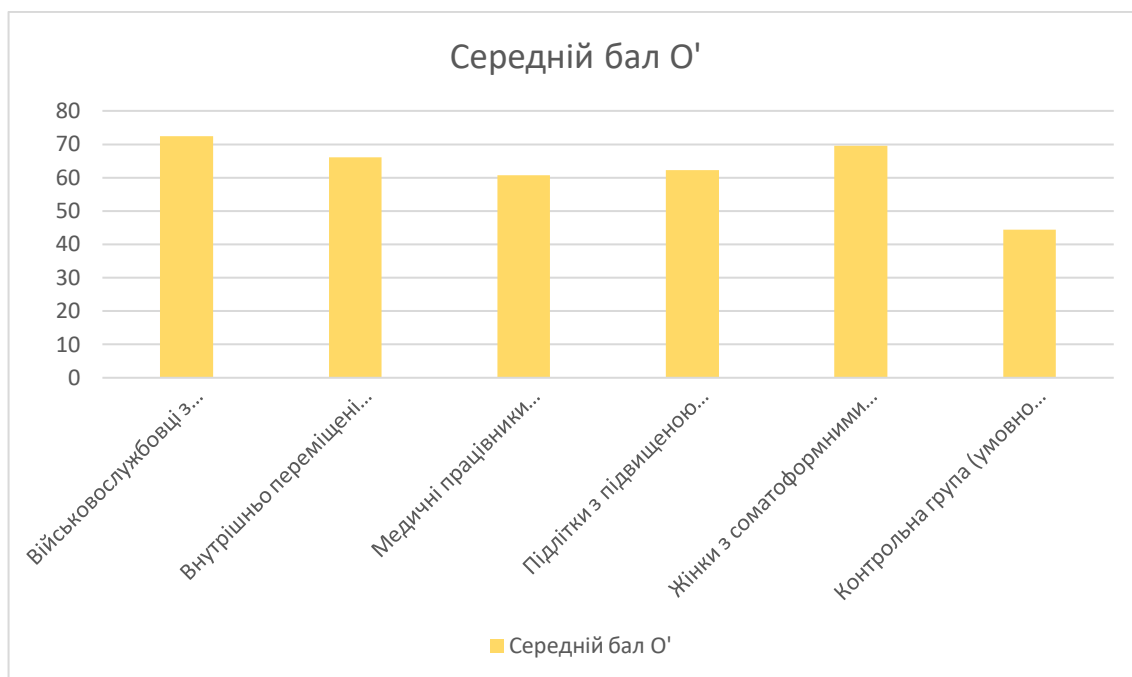
Нарешті, у контрольній групі умовно здорових осіб, рівень депресії оцінюється як помірний (46 балів), що може бути зумовлено загальною соціальною напругою. Показники апатії (6), гіпотимії (9), дисфорії (5), розгубленості (7), тривоги (11) та страху (8) залишаються в межах норми або незначного відхилення. Це свідчить про збережену психологічну стабільність і здатність до саморегуляції. Проте наявність навіть помірною рівня депресії в контрольній групі вказує на актуальність профілактики стресових розладів у широких верствах населення.

Таким чином, результати обстеження демонструють критичний рівень психоемоційного виснаження у вразливих групах населення. Найвищий ризик психічних і психосоматичних порушень виявлено у військовослужбовців, ВПО, медичних працівників та жінок із соматичними

скаргами. У підлітків тривожність та розгубленість формують основу потенційної соціальної дезадаптації. Дані підкреслюють необхідність системної, багаторівневої психопрофілактики, кризової інтервенції та психотерапевтичної допомоги.

Таблиця 2.3.Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової) (Шкала зниженого настрою - субдепресії (ШЗНС))

№	Група респондентів	Середній бал	Рівень зниженого настрою (інтерпретація)
1.	Військовослужбовці	72,4	Глибоке зниження настрою (субдепресія або депресія)
2.	ВПО	66,1	Значне зниження настрою
3.	Мед. працівники	60,8	Значне зниження настрою
4.	Підлітки з підвищеною тривожністю	62,3	Значне зниження настрою
5.	Жінки з сом. скаргами	69,5	Значне наближення до глибокого зниження настрою
6.	Контрольна група (умовно здорові респонденти)	44,3	Нормальний рівень настрою



Діаграма 2.3. Середний бал - за методикою В. Зунга (у адаптації Т.І. Балашової)

На основі результатів, отриманих за методикою В. Зунга (у адаптації Т.І. Балашової), було виявлено значні відмінності в рівні зниженого настрою (субдепресивних проявів) серед представників різних соціально-вразливих груп. Згідно з даними шкального оцінювання, найвищі показники зниженого настрою спостерігаються у військовослужбовців з досвідом бойових дій. Середній бал у цій групі сягнув 72,4, що відповідає діапазону глибокого зниження настрою або субдепресії. Такий результат є науково обґрунтованим, з огляду на велику кількість досліджень, які доводять, що хронічний стрес, бойові травми, синдроми втоми та пережиті загрози життю безпосередньо впливають на розвиток афективної симптоматики, зокрема – депресивних розладів, що можуть мати й психосоматичне відображення (Американська психіатрична асоціація, DSM-5, 2013).

Значне зниження настрою також було зафіксоване у групі внутрішньо переміщених осіб (66,1 бала) та медичних працівників (60,8 бала). Ці показники свідчать про високий рівень психоемоційного виснаження внаслідок тривалого перебування в умовах соціальної нестабільності, втрати базових ресурсів (житло, робота, соціальні зв'язки), а також емоційного перевантаження, пов'язаного з професійною діяльністю в

умовах гуманітарних і медичних криз. Наявність тривалого стресу та недостатність соціальної підтримки формують сприятливий ґрунт для соматизації психічної напруги.

Група підлітків з підвищеною тривожністю або дезадаптацією також виявила підвищений рівень зниженого настрою – 62,3 бала. Цей показник підтверджує наявність значних субдепресивних переживань, що є типовими для підліткового віку, особливо за умов зовнішніх стресогенних чинників, таких як війна, втрата безпеки, порушення стабільного освітнього середовища та соціальних зв'язків. Результати цієї групи є важливими для ранньої діагностики афективних порушень і розробки програм психоемоційної профілактики в освітньому середовищі.

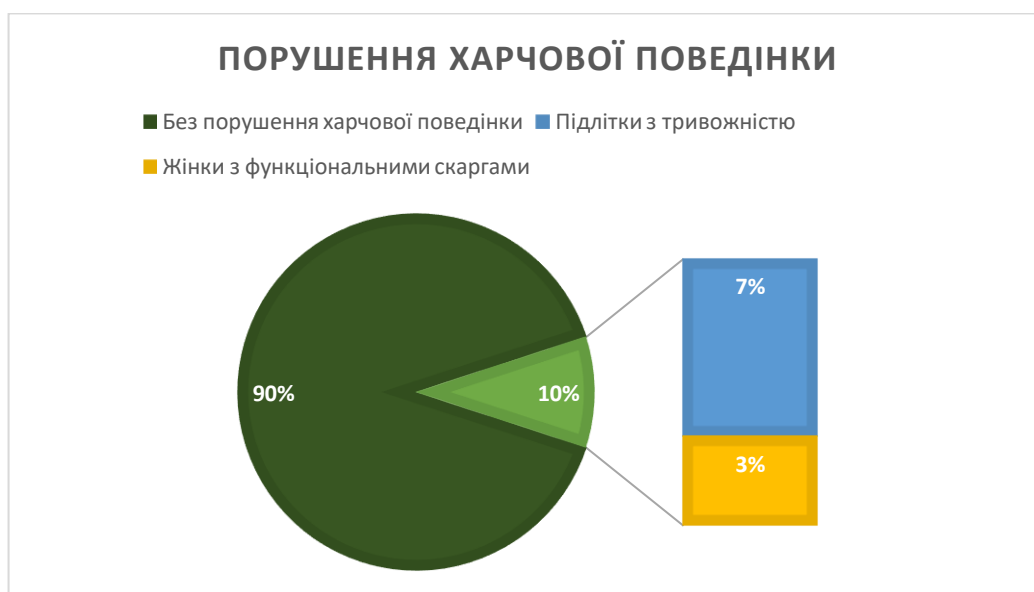
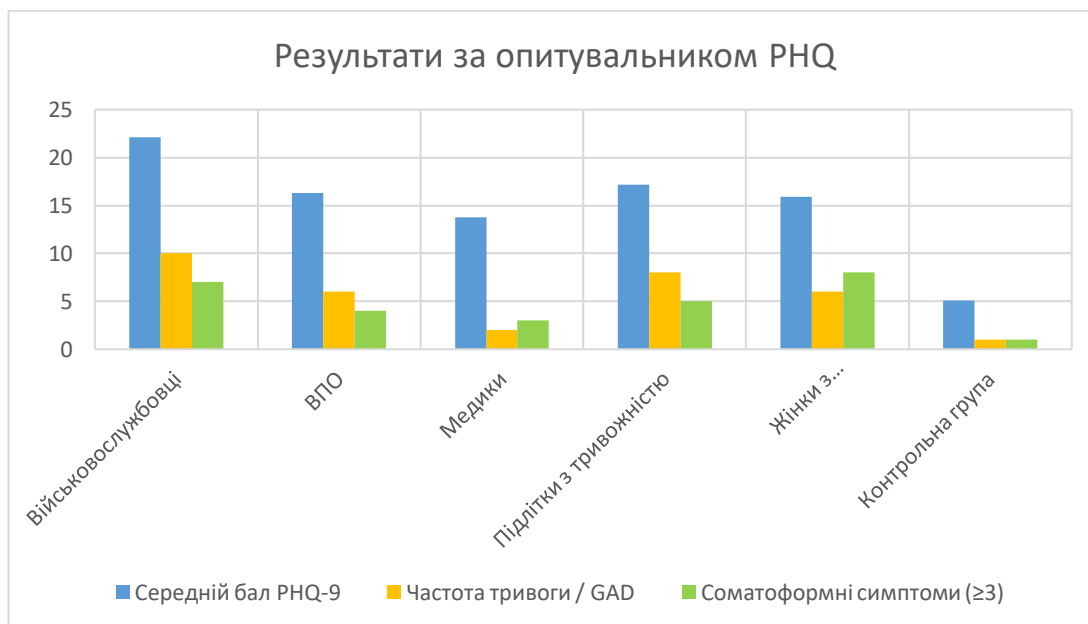
Жінки з соматоформними скаргами, які не мають об'єктивного медичного підґрунтя, продемонстрували середній показник 69,5 бала, що знаходиться на межі між «значним» і «глибоким» зниженням настрою. Це дозволяє зробити припущення про глибоку взаємозалежність між емоційними станами та тілесними проявами. Такий результат підтверджує положення біопсихосоціальної моделі психосоматичних захворювань, згідно з якою психоемоційні порушення є тригером тілесної симптоматики (Engel, 1977). Ця група потребує комплексного психосоматичного підходу до діагностики та терапії, з обов'язковим урахуванням психологічної складової при лікуванні тілесних скарг.

Натомість, контрольна група умовно здорових осіб, які не мали хронічного стресу або соматичних скарг, мала середній бал 44,3, що відповідає нормативним значенням. Це підтверджує валідність використаної методики та достовірність диференціації рівнів зниженого настрою між основними групами й контрольною вибіркою. Отже, зафіксовані у дослідженні відмінності є не випадковими, а зумовленими впливом конкретних соціально-психологічних чинників.

Загалом, отримані результати підтверджують доцільність використання Шкали зниженого настрою Зунга як інформативного

психодіагностичного інструменту для виявлення субдепресивних станів у представників соціально уразливих груп. Високі показники афективної симптоматики виявлені у респондентів, які перебувають у стані хронічного стресу, втрати або тривалої емоційної напруги. Встановлені закономірності можуть слугувати підґрунтям для розробки адаптованих психокорекційних програм, спрямованих на підвищення рівня психоемоційного благополуччя, профілактику депресивних і психосоматичних розладів, а також формування резилієнтності в умовах тривалої кризи.

Діаграма 2.4. Самоопитувальник стану здоров'я пацієнта PHQ - Patient Health Questionnaire (PHQ)





Результати дослідження, проведеного за допомогою діагностичного інструментарію PHQ (Patient Health Questionnaire), дозволяють окреслити специфіку психоемоційного стану представників різних соціальних груп в умовах воєнного стану в Україні. Методика виявила не лише інтенсивність депресивних симптомів, але й їхній зв'язок із соматоформними проявами, тривожними станами, розладами харчової поведінки та зловживанням алкоголем. Висновки мають важливе значення як для діагностики, так і для розробки стратегій психопрофілактики та психотерапевтичної інтервенції.

Найвищі показники депресивної симптоматики були виявлені у групі військовослужбовців, де середній бал за шкалою PHQ-9 становив 22.1 бала, що відповідає клінічно значущій важкій депресії. Усі респонденти цієї групи продемонстрували позитивні відповіді на перші два діагностичні пункти, що свідчить про зниження інтересу до повсякденних справ і наявність емоційної пригніченості, а також виражене порушення повсякденного функціонування. Додатково виявлено високий рівень генералізованої тривоги (GAD), панічні симптоми, а також часту соматоформну симптоматику (серцебиття, головний біль, біль у грудній клітці, задишка), що може вказувати на коморбідний тривожно-депресивний розлад. Зловживання алкоголем, хоча й не є тотальним, присутнє на середньому рівні у вигляді епізодичного вживання з метою саморегуляції. Ці явища пояснюються складною психологічною структурою впливу воєнного

досвіду: хронічний стрес, бойові втрати, високий рівень відповідальності, фізична і психоемоційна втома формують сприятливе середовище для розвитку тяжких афективних розладів.

У групі внутрішньо переміщених осіб спостерігається депресія середнього ступеня (середній бал – 16.3), що значно нижче, ніж у військових, але все ж перевищує нормативні показники. Респонденти продемонстрували помірну тривогу, яка, втім, має реактивний характер, пов'язаний із втратою звичного соціального середовища, житла, соціальних зв'язків та невизначеністю майбутнього. Зловживання алкоголем було виявлено на низькому рівні, як і розлади харчової поведінки. Помірна соматоформна симптоматика вказує на деструктивний вплив хронічного стресу, навіть за відсутності прямої загрози життю.

Медичні працівники, які діяли в умовах пандемії COVID-19 та воєнного стану, мають підвищений, проте не критичний рівень депресивних проявів (середній бал – 13.8), що класифікується як легка депресія. Важливо, що в цій групі практично відсутні зловживання алкоголем і порушення харчової поведінки, а показники тривоги не перевищують нормативних меж. Це може свідчити про набутий ресурс емоційної витривалості, а також про професійну ідентичність, яка дозволяє частково компенсувати деструктивні наслідки емоційного навантаження. Тим не менш, ризики психоемоційного виснаження залишаються високими, особливо за умов тривалого навантаження та недостатньої підтримки.

Серед підлітків з ознаками тривожності та труднощами адаптації зафіксовано середній рівень депресії (17.2 бала), однак саме в цій групі найвища частота порушень харчової поведінки (емоційне переїдання) та зловживання алкоголем, що пояснюється як особистісними факторами (психоемоційна нестійкість, екзистенційна тривога, почуття приреченості), так і зовнішніми впливами - проблемами в сім'ї, невизначеним майбутнім, втратою мотивації, нестачею підтримки дорослих. Тривожні прояви у підлітків наближаються до рівня військових, що потребує особливої уваги

фахівців. Соматоформні прояви фіксуються на середньому рівні та є вторинними щодо психоемоційного дистресу.

Жінки з функціональними соматичними скаргами (наприклад, безпідставний головний біль, серцебиття, абдомінальні симптоми) демонструють середній рівень депресії (15.9 бала) та високий рівень тривоги. У більшості випадків виявлено соматоформний розлад, при цьому характерною є психосоматична структура симптомів - функціональні скарги слугують непрямим виразом емоційного конфлікту або психологічної напруги. порушення харчової поведінки виявляється вибірково та проявляється переважно як зниження апетиту або нав'язливий контроль маси тіла. У цій групі важливими чинниками є внутрішньоособистісна конфліктність, страх втрати контролю над тілом, а також схильність до катастрофізації симптомів.

У контрольній групі (умовно здорові респонденти без хронічного стресу) усі показники знаходилися в межах норми. Середній бал за шкалою PHQ-9 склав 5.1, тривожні прояви були мінімальними, відсутні зловживання алкоголем, харчові порушення та соматоформні розлади. Важливим чинником психологічної стабільності слугує наявність навичок емоційної регуляції, рефлексії, сформованої ідентичності, достатній рівень соціальної підтримки. Ця група засвідчує потенційні психопрофілактичні механізми, які можуть бути застосовані в роботі з іншими цільовими групами.

Багатофакторний опитувальник болю WHYMPI

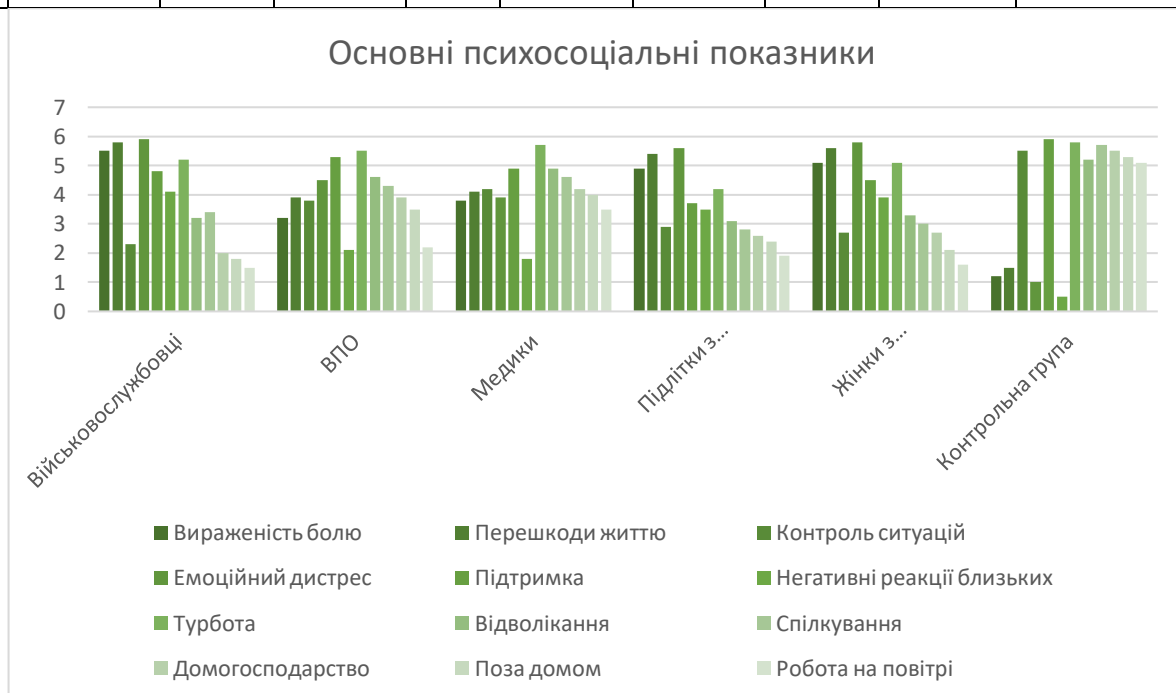
Таблиця 2.4 Основні психосоціальні показники (1–6 стовпці)

№	Група	Осіб	Вираженість болю	Перешкоди життю	Контроль ситуацій
1.	Військовослужбовці	10	5.5	5.8	2.3
2.	ВПО	10	3.2	3.9	3.8
3.	Медики	10	3.8	4.1	4.2
4.	Підлітки з тривожністю	10	4.9	5.4	2.9
5.	Жінки з функціональними скаргами	10	5.1	5.6	2.7

6.	Контрольна група	10	1.2	1.5	5.5
----	------------------	----	-----	-----	-----

Таблиця 2.5 Психоемоційна сфера та функціонування (7–13 стовпці)

№	Емо. дистр.	Підтримка	Негатив. реакції	Турбота	Відволікання	Спілкування	Домогосп.	Поза дом.	Роб. на повітрі
1.	5.9	4.8	4.1	5.2	3.2	3.4	2.0	1.8	1.5
2.	4.5	5.3	2.1	5.5	4.6	4.3	3.9	3.5	2.2
3.	3.9	4.9	1.8	5.7	4.9	4.6	4.2	4.0	3.5
4.	5.6	3.7	3.5	4.2	3.1	2.8	2.6	2.4	1.9
5.	5.8	4.5	3.9	5.1	3.3	3.0	2.7	2.1	1.6
6.	1.0	5.9	0.5	5.8	5.2	5.7	5.5	5.3	5.1



Діаграма 2.5 Основні психосоціальні показники

Результати дослідження за методикою багатофакторного опитувальника болю WHYMPI (West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory) дозволили глибоко проаналізувати особливості сприйняття болю, емоційного стану, рівня соціальної підтримки, функціональної активності та поведінкових реакцій серед представників шести досліджуваних груп. У контексті воєнного та постстресового впливу, кожна група продемонструвала специфічні характеристики психосоматичної реакції, що відображають як суб'єктивне переживання болю, так і рівень адаптації до хронічного напруження.

Найвищий рівень емоційного дистресу, значні обмеження у повсякденному житті, зниження соціальної активності та сильне суб'єктивне сприйняття болю виявилися у військовослужбовців. Для них характерна висока інтенсивність емоційних реакцій, низьке відчуття контролю над життєвими ситуаціями, значна втрата задоволення від роботи, дозвілля і сімейних відносин, що відповідає діагностованому у попередньому етапі дослідження важкому депресивному епізоду та вираженим симптомам тривоги. При цьому соціальна підтримка у цих респондентів часто була недостатньою або нестабільною, а реакції з боку значущих осіб у деяких випадках включали негативізм чи роздратування, що лише підсилювало емоційну ізоляцію та соматичне фокусування. Водночас, поведінкова активність військових значно знижена - вони уникають соціальної участі, рідко виходять з дому та практично не включаються у діяльність на відкритому повітрі.

Внутрішньо переміщені особи, хоча й виявили помірний рівень болю та емоційного дистресу, демонструють порівняно кращу адаптацію завдяки наявності підтримки з боку значущих осіб та соціального оточення. Респонденти цієї групи повідомляють про менший рівень втрати задоволення від повсякденних справ, збереження елементів соціального функціонування та більш позитивне оцінювання свого емоційного стану. При цьому, навіть за наявності тривожних та депресивних проявів, внутрішньо переміщені особи зберігають відносну активність у побутовій сфері, намагаючись виконувати функції, пов'язані з веденням господарства, підтриманням соціальних зв'язків, а також залишаючись включеними в суспільні заходи.

Медичні працівники, незважаючи на загальну емоційну перевтому та високі професійні навантаження, показали досить високий рівень самоконтролю, функціональної активності та помірну інтенсивність суб'єктивного болю. Їхній емоційний стан був більш стабільним порівняно з військовими та підлітками, а соціальна підтримка, надана значущими

людьми, виявилась ефективною та конструктивною. Професійна ідентичність медиків сприяє підтриманню соціального статусу та забезпечує їм внутрішній ресурс для подолання дистресу. Хоча деякі з них повідомляли про зниження задоволення від роботи, загальний рівень повсякденної активності залишався високим, що свідчить про наявність адаптивних механізмів подолання болю та тривоги.

Підлітки з тривожними розладами виявили яскраво виражений емоційний дистрес, значну соматизацію та знижену соціальну активність. Їхня відповідь на біль характеризувалася надмірною чутливістю, низьким рівнем самоконтролю та тенденцією до емоційного замикання. Відсутність повноцінної підтримки або емоційного розуміння з боку оточення призводить до підсилення внутрішнього напруження, що, в свою чергу, активізує психосоматичні скарги. Такі підлітки уникають соціальної взаємодії, мають знижене задоволення від навчання, сімейного життя і повсякденної діяльності. У поведінковому плані спостерігається гіпоактивність, зменшення ініціативності та схильність до уникання навіть незначних навантажень, що потребує раннього психологічного втручання з акцентом на розвиток соціальних навичок і саморегуляції.

Жінки з соматоформними функціональними розладами проявляли високий рівень суб'єктивного болю, яскраво виражений емоційний дистрес і низький рівень контролю над життєвими подіями. Незважаючи на помірну підтримку з боку близьких, в опитуванні було зафіксовано підвищену кількість негативних або амбівалентних реакцій з боку значущих осіб, що сприяє посиленню внутрішнього напруження та емоційної вразливості. Висока зосередженість на власному тілесному стані, характерна для цієї групи, супроводжується помітним зниженням участі у побутовому житті, суспільній діяльності та міжособистісній взаємодії. Ці жінки рідше займаються хатніми справами, практично не виходять на вулицю без супроводу, що може розглядатися як соматична форма психологічної ізоляції.

Контрольна група, яка включала умовно здорових осіб без клінічно значущих симптомів депресії чи тривожності, продемонструвала найвищі показники соціального функціонування, мінімальні прояви емоційного дистресу та стабільний рівень повсякденної активності. Ці респонденти мали високі бали за шкалами контролю над життєвими ситуаціями, соціальної взаємодії та задоволення від щоденних справ. У них практично не спостерігалось соматичних скарг, а рівень підтримки з боку значущих осіб був максимально позитивним. Високий ресурс психологічної адаптації цієї групи може бути використаний як еталонний орієнтир для порівняння в клінічній роботі.

Загалом результати опитувальника WHUMPI підтверджують, що хронічний біль і емоційний дистрес не є окремими феноменами, а перебувають у тісному взаємозв'язку із соціальним оточенням, поведінковою активністю та когнітивним ставленням до життєвих подій. Найбільш вразливими виявилися військовослужбовці, жінки з функціональними розладами та підлітки з тривожними станами, що потребує впровадження цілісного міждисциплінарного підходу до діагностики й терапії. Залучення когнітивно-поведінкових стратегій, підтримки соціального оточення та тілесно-орієнтованих методів має стати пріоритетом у психологічній допомозі цим категоріям населення.

2.3. Інтерпретація результатів дослідження впливу психогенних факторів на здоров'я людини

Методика самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності (адаптація методики г. Айзенка)

Мета. Методика призначена для комплексної самооцінки чотирьох базових емоційно-поведінкових станів особистості, які проявляються переважно у конфліктних чи стресових ситуаціях: тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Особливо цінна при вивченні впливу

психоемоційного навантаження на поведінкові реакції, а також у контексті профілактики професійного вигорання, емоційної нестабільності або порушень адаптації.

Матеріали та інструменти. Опитувальник містить 40 тверджень, які згруповані по 10 до кожного психічного стану. Респонденту пропонується оцінити кожне твердження відповідно до власного сприйняття:

- «Так» (2 бали) - твердження повністю відповідає внутрішньому стану,
- «Не знаю» (1 бал) - відповідь невизначена або частково відповідає,
- «Ні» (0 балів) - твердження не відображає актуального стану.

Процедура дослідження. Респондент самостійно заповнює анкету, проставляючи відповідні позначки в колонках напроти кожного твердження. Методика не обмежена в часі, проте в середньому заповнення триває 10-15 хвилин. Опитування може проводитися індивідуально або в груповому форматі.

Структура опитувальника та ключ до групування питань. Кожна група поєднує твердження, пов'язані з певним психічним станом:

Психічний стан	Номери питань
Тривожність	1–10
Фрустрація	11–20
Агресивність	21–30
Ригідність	31–40

Обробка результатів. Після заповнення опитувальника підраховується сума балів окремо для кожного стану за відповідними десятьма питаннями. Всього за кожну шкалу можливо отримати від 0 до 20 балів.

Інтерпретація результатів. Кожен показник оцінюється за 3-рівневою шкалою:

1. Тривожність:
 - a. 0–7 балів - низький рівень (відсутність тривожності)
 - b. 8–14 балів - середній рівень (припустима тривожність)
 - c. 15–20 балів - високий рівень (надмірна тривожність)
2. Фрустрація:

- a. 0–7 балів - висока самооцінка, стресостійкість
- b. 8–14 балів - помірна чутливість до труднощів
- c. 15–20 балів - занижена самооцінка, страх перед невдачами
- 3. Агресивність:
 - a. 0–7 балів - врівноваженість, спокій
 - b. 8–14 балів - допустимий рівень агресивності
 - c. 15–20 балів - висока агресивність, конфліктність
- 4. Ригідність:
 - a. 0–7 балів - гнучкість мислення, адаптивність
 - b. 8–14 балів - середній рівень жорсткості установок
 - c. 15–20 балів - висока ригідність, стійкість до змін, схильність до

психологічної інерції.

Аналіз та використання. Застосування цієї методики дозволяє виявити не тільки домінуючі емоційні реакції, але й загальну емоційну стабільність особистості у стресогенному середовищі. Такі стани, як ригідність і фрустрація, дозволяють прогнозувати труднощі в адаптації, тривожність свідчить про можливу психосоматичну уразливість, а агресивність - про потребу в самоконтролі й соціальному посередництві.

Методика рекомендована до застосування у школах, ЗВО, закладах охорони здоров'я, а також у системі психопрофілактики професійного вигорання.

Методика диференціальна діагностика депресивних станів

Мета. Дослідження спектру депресивних проявів із виокремленням їх якісних форм: апатії, гіпотимії, дисфорії, розгубленості, тривоги та страху. Методика спрямована на виявлення інтенсивності та виразності депресивного стану шляхом самооцінки респондентом свого емоційного та фізичного самопочуття.

Матеріали та інструменти. Анкетний опитувальник, що включає 44 групи тверджень, до кожної з яких пропонуються чотири варіанти відповідей, оцінювані в межах 0–3 балів. Заповнення відбувається на

реєстраційному бланку.

Процедура дослідження. Респонденту надається інструкція:

«Оберіть найбільш прийнятний для вас варіант відповіді (0, 1, 2 або 3) на кожну з груп тверджень. Обраний варіант обведіть кружечком у бланку напроти відповідного номера».

Заповнення анкетного бланка триває орієнтовно 15–20 хвилин. Опитування може проводитись індивідуально або в групі.

Структура опитувальника. Кожна з 44 груп тверджень відображає прояви депресивного афекту, когнітивних викривлень або психосоматичних симптомів. Відповіді відображають частоту та інтенсивність прояву стану:

- 0 - симптом відсутній або не турбує
- 1 - прояв спостерігається іноді
- 2 - прояв турбує часто
- 3 - симптом є постійним і вираженим

Обробка результатів. Загальний бал розраховується шляхом сумування всіх обраних варіантів (0–3) по 44 твердженнях. Максимальний можливий бал - 132.

Отримане значення порівнюється з наступною шкалою інтерпретації:

Загальна сума балів	Оцінка емоційного стану
1–9	Депресія відсутня або незначна
10–24	Мінімальна депресія
25–44	Легка депресія
45–67	Помірна депресія
68–87	Виражена депресія
88 і більше	Глибока депресія

Якісний аналіз. Методика не лише визначає загальний рівень депресії, а й дозволяє виявити конкретні форми психічних станів, які характеризуються окремими клінічними ознаками:

- Апатія: емоційна індиферентність, відсутність мотивації, зниження інтересу до соціального оточення та життєвих перспектив.
- Гіпотимія: пригнічення настрою, емоційне виснаження, втрата позитивного забарвлення сприйняття, втрата надії.

- Дисфорія: домінування негативних афектів - роздратованості, гніву, ворожості до оточення, з тенденцією до імпульсивної поведінки.
- Розгубленість: когнітивна дезорганізація, зниження здатності до концентрації уваги, дезорієнтація в простих ситуаціях, невпевненість.
- Тривога: емоційне напруження, що не має чіткої причини, очікування загрози, з фізичними проявами (вегетативними реакціями).
- Страх: генералізоване або об'єктно-спрямоване відчуття небезпеки, яке паралізує активність та викликає соматичні відчуття («зціпило груди», «обірвалося всередині»).

Висновки. Методика 1.12 є надійним інструментом комплексного діагностування депресивних станів, що дозволяє не лише визначити ступінь тяжкості афективного розладу, але й розрізнити його психопатологічні форми. Рекомендовано для використання в клінічній, освітній та військовій психології. Застосування методу доцільне в умовах воєнного або постстресового середовища, а також у роботі з підлітками, які демонструють нестабільний емоційний фон.

Методика диференційної діагностики депресивних станів (шкала зниженого настрою - субдепресії) В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової)

Мета. Виявлення рівня депресивних тенденцій та глибини зниження настрою (субдепресивних станів) у досліджуваних.

Матеріал та обладнання. Бланк опитувальника, ручка. Методика містить 20 тверджень, до яких респондент обирає відповідь за 4-бальною шкалою.

Процедура дослідження. Тест може застосовуватися як індивідуально, так і у груповій формі. Обстежуваним надається інструкція:

Інструкція. «Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви себе почуваєте останнім часом. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей не існує. Оберіть одну з відповідей:

- 1 - ніколи або інколи
- 2 - іноді
- 3 - часто
- 4 - майже завжди або постійно».

Орієнтовний час заповнення - до 20 хвилин.

Бланк опитувальника. Методика складається з 20 тверджень. Учасник тестування зазначає частоту виникнення симптомів.

Приклад тверджень.

- Я відчуваю пригніченість, тугу.
- Апетит у мене не гірше звичайного.
- Я втомлююся без будь-яких причин.
- У мене є надії на майбутнє.
- Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо я помру.

Варіанти відповіді (оцінювання):

- 1 - ніколи або інколи
- 2 - іноді
- 3 - часто
- 4 - майже завжди або постійно

Оцінювання та інтерпретація результатів. Розрахунок здійснюється за формулою:

$$O' = \frac{(\Sigma \text{прямі} + \Sigma \text{зворотні}) \cdot 100}{80}$$

• Прямі твердження (1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19): оцінюються як 1–4 бали (від «ніколи» до «майже завжди»).

• Зворотні твердження (2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20): оцінюються у зворотному порядку - 4 бали за «ніколи», 1 бал за «майже завжди».

Приклад:

- Якщо в пункті 2 обрано 1 (ніколи) - це 4 бали,
- Якщо в пункті 5 обрано 2 (іноді) - це 3 бали,
- Якщо в пункті 11 обрано 4 - це 1 бал тощо.

Діапазони оцінки за шкалою O':

- < 50 балів - нормальний стан (немає зниження настрою)
- 51–59 балів - легке зниження настрою
- 60–69 балів - виражене зниження настрою
- ≥ 70 балів - глибоке зниження настрою (субдепресивний/депресивний стан)

Психометричні особливості. Нормативне середнє значення для вибірки здорових осіб: $40,25 \pm 5,99$. Методика дозволяє відслідковувати навіть незначні зсуви емоційного стану в динаміці.

Висновки. Методика Зунга (ШЗНС) - ефективний інструмент ранньої діагностики депресивних тенденцій, який є чутливим до широкого спектру афективних симптомів. Адаптація дозволяє її широке використання в клінічній та профілактичній практиці, зокрема для підлітків і дорослих. Рекомендується для використання у шкільних психологів, медиків первинної ланки, психотерапевтів та психіатрів як первинний скринінг.

Багатофакторний опитувальник болю (WHYMPI)

Мета методики. WHYMPI (West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory) - це клініко-психометричний інструмент, призначений для всебічної оцінки хронічного болю з урахуванням не лише інтенсивності больового синдрому, а й його психологічних, соціальних та поведінкових аспектів. Методика дає змогу визначити ступінь впливу болю на життя пацієнта, його реакції на біль, рівень соціальної підтримки, а також загальну адаптацію до хронічного захворювання.

Матеріали та процедура. WHYMPI представлений у вигляді стандартизованого опитувальника, який включає 52 питання, згруповані у 12 підшкал, що оцінюють три ключові блоки:

1. Інтенсивність болю та його вплив на функціонування (підшкали 1–5):
 - a. суб'єктивна оцінка болю;
 - b. вплив болю на емоційний стан;

- c. вплив на фізичну активність та соціальні функції;
- d. рівень задоволеності життям;
- e. рівень контролю за болем.
- 2. Міжособистісна реакція на біль (підшкали 6–8):
 - a. ступінь підтримки з боку оточення;
 - b. реакції близьких (турбота, роздратування, уникання).
- 3. Повсякденна активність (підшкали 9–12):
 - a. рівень активності в різних сферах (робота, дозвілля, побут);
 - b. частота участі в активностях;
 - c. емоційна залученість;
 - d. ступінь обмеження активностей.

Пацієнт відповідає на запитання у форматі шкали Лайкерта - зазвичай від 0 до 6 балів (де 0 – відсутність симптому або впливу, а 6 – максимальна інтенсивність). Для кожної підшкали обчислюється середнє значення, що дозволяє формувати профіль болю.

Інструкція. Респонденту пропонується самостійно заповнити анкету, відповідаючи на запитання відповідно до свого стану за останні 1–2 тижні. Кожне питання формулюється у вигляді твердження або ситуації, яку треба оцінити за ступенем її наявності/частоти.

Обробка результатів та інтерпретація. Кожна підшкала опитувальника інтерпретується окремо. Наприклад:

- високі значення у блоках 1–5 свідчать про сильний вплив болю на життя;
- у блоках 6–8 - про залежність реакції оточення (що може як підтримувати, так і поглиблювати дистрес);
- у блоках 9–12 - про ступінь адаптації (або навпаки - обмеження) в повсякденній діяльності.

Опитувальник дозволяє також класифікувати пацієнтів на типи поведінки за болем (дисфункціональний, адаптований, інтерперсонально дистресний) і визначити потребу у специфічній психологічній чи соціальній

підтримці.

Застосування. WHYMPI використовується не лише для первинної оцінки, а й для відстеження динаміки стану під час терапії. Методика широко застосовується у клініках болю, психосоматичних відділеннях, реабілітаційних центрах, зокрема в межах інтердисциплінарного підходу до лікування хронічного болю.

Діагностика соматизації та психоемоційних розладів (PHQ - Patient Health Questionnaire).

Мета. Методика призначена для виявлення широкого спектра психічних розладів неспсихотичного рівня (депресивні стани, тривожні розлади, соматоформні скарги, харчові порушення та зловживання алкоголем) на первинному рівні медичної допомоги. Вона дозволяє швидко виявити ризики та оцінити ступінь впливу симптомів на щоденне функціонування.

Матеріали та обладнання. Стандартизований бланк опитувальника PHQ, ручка. Час заповнення - від 2 до 10 хвилин. Може застосовуватись як у паперовому вигляді, так і в електронному форматі.

Процедура дослідження. Пацієнт самостійно заповнює бланк, оцінюючи власний стан за останні 2 або 4 тижні. Методика поділена на блоки, кожен із яких відповідає за певний психічний домен: соматичні скарги, депресія, тривожність, харчова поведінка, алкоголь, загальний вплив симптомів на життя.

Інструкція.

Опитувальник містить 11 блоків з різним типом шкал:

Блок 1 (A–M): соматичні скарги - пацієнт оцінює 13 симптомів (головний біль, серцебиття, біль у животі тощо) за 3-бальною шкалою:

- «Зовсім не турбувало»
- «Незначно турбувало»
- «Дуже турбувало»

Блок 2 - PHQ-9 для скринінгу депресії. Складається з 9 пунктів (A–I),

які охоплюють класичні симптоми депресії (анедонія, порушення сну, втома, безнадійність тощо) і один додатковий пункт про суїцидальні думки.

Кожне твердження оцінюється за 4-бальною шкалою:

0 – Жодного разу

1 – Декілька днів

2 – Більше половини днів

3 – Майже кожен день

Максимальна сума балів - 27. Загальна оцінка:

Бал	Попередній діагноз	Рекомендована терапія
<10	Мінімальні прояви депресії	Емоційна підтримка, спостереження
10–14	Легка депресія	Психоемоційна підтримка, моніторинг
15–19	Депресія середнього ступеня	Антидепресанти + психотерапія
≥20	Важка депресія	Інтенсивна терапія, комбінований підхід

Критерій депресії: наявність позитивної відповіді на пункти А або В та щонайменше 5 симптомів, що з'являлися «більше половини днів» або частіше.

Блоки 3–5 - діагностика тривожних розладів (зокрема генералізованого тривожного розладу, панічного синдрому):

Блок 3 (А–D): панічні атаки – запитання типу «Так/Ні»

Блок 4 – опис симптомів останнього панічного нападу: (А–К), відповідь «Так/Ні»

Блок 5 (GAD-7): питання про частоту генералізованої тривоги (7 пунктів) – з тими ж відповідями, що в PHQ-9.

Критерій панічного синдрому: ≥4 симптомів у блоках 3 або 4 з відповіддю «Так».

Критерій тривожного розладу: позитивна відповідь на пункт 5А + ≥3 позитивних із 5В–5G.

Блоки 6–8 - харчові порушення:

Контроль за їжею, переїдання, блювання, фізичні навантаження для схуднення.

Критерій булімії: позитивна відповідь на 6А, 6В, 6С, 8 (частота

≥2/тиждень).

Критерій переїдання: 6A, 6B, 6C = «Так», але 8 = «Ні».

Блоки 9–10 - зловживання алкоголем:

Питання про вживання всупереч заборонам, похмілля, вживання на роботі, проблеми в стосунках, керування автомобілем після вживання.

Критерій: хоча б одне «Так» у блоці 10.

Блок 11 - оцінка впливу симптомів на:

професійне життя

соціальну сферу

побут

Відповіді:

- «Зовсім не важко»
- «Трохи важко»
- «Дуже важко»
- «Надзвичайно важко»

Обробка та інтерпретація. Для кожного розділу розроблено окрему систему інтерпретації результатів, яка враховує:

-кількість симптомів

-їх частоту

наявність впливу на повсякденне функціонування

Клінічний висновок базується не лише на сумі балів, але й на специфічних патернах відповідей, особливо у блоках, пов'язаних з суїцидальністю, панічними епізодами, компульсивною поведінкою чи алкогольними ексцесами. Оскільки РНQ є інструментом первинного скринінгу, остаточний діагноз має встановлювати лікар-психіатр згідно з законодавством України.

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА АПРОБАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ТРЕНІНГУ З ПРОФІЛАКТИКИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

3.1. Теоретичні засади та структура тренінгової програми

У сучасних соціокультурних і суспільно-політичних умовах проблема збереження психічного та фізичного здоров'я людини набуває особливої актуальності. Підвищений рівень стресу, тривалий психоемоційний тиск, відсутність відчуття безпеки, часті втрати та зміни життєвих обставин призводять до зниження здатності людини до адаптації та саморегуляції. Особливо це стосується тих категорій населення, які перебувають у стані хронічного емоційного напруження, зіткнулися з травматичними подіями або перебувають у стані професійного вигорання. Часто наслідком подібних психоемоційних перевантажень є розвиток психосоматичних розладів, що проявляються у вигляді болю, порушень сну, серцево-судинних симптомів, шлунково-кишкових проблем, хронічної втоми тощо - без наявності реальних органічних ушкоджень.

Всесвітня асамблея ВООЗ ще в 2012-му році визначила Глобальний комплексний план дій в галузі психічного здоров'я (WHA 65.4), який ґрунтувався на твердженні «немає здоров'я без психічного здоров'я» [43, с.248].

Психосоматичні симптоми нерідко залишаються поза увагою як самої людини, так і фахівців, оскільки сприймаються винятково як тілесні скарги. Проте вони можуть бути маркерами глибоких психологічних проблем, що потребують цілісного підходу до профілактики. У цьому контексті особливої важливості набувають психопрофілактичні заходи, які поєднують роботу з емоціями, мисленням і тілесними проявами людини. Ефективним інструментом такого втручання є психологічний тренінг, який дозволяє учасникам не лише отримати знання про природу психосоматичних розладів, але й сформувати практичні навички емоційної саморегуляції,

тілесної усвідомленості та адекватного реагування на стресові ситуації.

Тренінг – це систематичне набуття знань, умінь, навичок і атитюдів, спрямоване на покращення виконання діяльності у певній галузі[44, с.57].

Груповий психологічний тренінг - це форма активної психологічної роботи, що включає різноманітні методи практичної психології. Він може використовуватися як у межах клінічної психотерапії - наприклад, під час лікування невротичних розладів, залежностей, а також деяких психосоматичних захворювань, - так і в роботі з психічно здоровими людьми, які стикаються з труднощами особистісного чи міжособистісного характеру. Метою такої роботи є сприяння особистісному зростанню, покращенню емоційного стану та ефективності взаємодії. Згідно з підходом Б. Д. Карвасарського, тренінг - це система психотерапевтичних, психокорекційних і навчальних впливів, спрямованих на розвиток самопізнання, саморегуляції, соціальних навичок, а також професійних і комунікативних умінь[45, с.6].

Психологічний тренінг передбачає певний вплив, як процес і результат зміни індивідом поведінки іншої людини, її установок, намірів, уявлень, оцінок тощо. У тренінгу практикується як спрямований психологічний вплив, механізмами якого є переконання і навіювання, так і неспрямований, під час якого прямо не ставиться завдання добитися певного результату від об'єкта впливу, хоча ефект впливу виникає, часто проявляючись у дії механізмів зараження і наслідування [46, с.35].

Л.А. Петровська розробила ряд принципів поведінки в групі:

1) спілкування за принципом «тут і тепер» (цей принцип орієнтує учасників тренінгу на те, щоб предметом їх аналізу постійно були процеси, які відбуваються в групі в цей момент; почуття, пережиті в цей конкретний момент; думки, що з'являються в цей момент);

2) принцип персоніфікації висловлень (усі висловлення повинні будуватися з використанням особистих займенників однини: «я відчуваю...», «мені здається...»);

3) принцип акцентування мови почуттів та емоцій (звертається увага на емоційний стан людини, при цьому забороняється оціночне судження стосовно особистості іншого учасника);

4) принцип активності (у групі відсутня можливість пасивно «відсидітися», оскільки психологічний тренінг належить до активних методів навчання й розвитку);

5) принцип довірливого спілкування (сприяє отриманню й наданню іншим чесного зворотного зв'язку);

6) принцип конфіденційності (все, про що говориться в групі щодо конкретних учасників, повинне залишитися всередині групи – природна етична вимога, яка є умовою створення атмосфери психологічної безпеки й саморозкриття) [47, с.319].

Тому розробка тренінгової програми з профілактики психосоматичних порушень спрямована на підвищення психологічної культури, зміцнення особистісних ресурсів і розвиток ефективних механізмів самопомоги. Такі програми особливо корисні для осіб, які перебувають у зоні підвищеного ризику – зокрема, військовослужбовців, внутрішньо переміщених осіб, фахівців допоміжних професій, підлітків, а також широких верств населення, які щодня стикаються з перевантаженням, невизначеністю та емоційним виснаженням. В умовах сучасної України, де зростає кількість звернень зі скаргами на порушення як психічного, так і фізичного здоров'я, запровадження таких тренінгових програм є не лише доречним, а й необхідним інструментом збереження життєздатності суспільства.

Метою тренінгу є формування в учасників навичок усвідомленого ставлення до власного тіла та емоційних переживань, розвиток здатності самостійно запобігати негативним психосоматичним реакціям, зменшення рівня хронічної напруги, тривожності та емоційного виснаження.

Завдання тренінгу:

- ✓ ознайомити учасників із базовими знаннями про взаємозв'язок

психічного та фізичного здоров'я.

- ✓ навчити технік розпізнавання, усвідомлення й екологічного вираження емоцій.
- ✓ сприяти формуванню тілесної усвідомленості та навичок роботи з тілесним дискомфортом.
- ✓ розвивати навички управління стресом і психоемоційною напругою.
- ✓ сформувати ефективні стратегії саморегуляції та профілактики психосоматичних порушень.

У вступному модулі групового психологічного тренінгу учасники мають можливість ознайомитися з витоками психосоматичної теорії, що стала основою сучасного розуміння взаємозв'язку між тілом і психікою. Відправною точкою розгляду є погляди Йоганна Крістіана Августа Хайнрота [5] - німецького психіатра та філософа, який одним із перших у системному форматі пов'язав морально-етичний стан особистості з розвитком соматичних (тілесних) захворювань. Саме його ідеї відкрили можливість для подальшого формування концепції психосоматичної медицини, яка інтегрує уявлення про вплив психіки на фізичне здоров'я.

Особливу увагу в модулі приділяється також роботам Зигмунда Фрейда [48, с.5-41], який сформулював концепцію «конверсійних симптомів» - фізичних проявів, що виникають як наслідок несвідомих психічних конфліктів. Ця концепція стала основоположною для психоаналітичного підходу до розуміння психосоматичних реакцій. Далі розглядаються дослідження Ф. Данбар [49] - американської лікарки, котра є засновницею сучасної психосоматичної школи. Її внесок полягає у впровадженні холістичного (цілісного) підходу до аналізу взаємозв'язку емоційних і фізичних процесів, що стало фундаментом для подальших мультидисциплінарних досліджень.

Після теоретичного блоку учасники переходять до практичної частини - вправи «Карта симптомів». У цій вправі вони наносять на схематичне

зображення людського тіла ті ділянки, в яких найчастіше відчують напругу, біль або інший дискомфорт. Це допомагає краще усвідомити власні тілесні сигнали та віднайти психоемоційні причини цих відчуттів. Учасники діляться своїми історіями виникнення симптомів у безпечній атмосфері групової взаємопідтримки. Далі слідує тілесна медитація за методом Шульца [50] - практика автогенного тренування, яка спрямована на глибоке розслаблення тіла й зниження психоемоційної напруги. Заняття завершується рефлексією: учасники обговорюють свої враження, роблять висновки щодо взаємозв'язку між психічними станами і соматичними проявами, формують перші гіпотези щодо власного психосоматичного профілю.

Другий день присвячено глибокому вивченню природи стресу. В центрі уваги - класична модель стресової реакції, запропонована Гансом Сельє [51, с. 126-128, 52, с. 109-112], яка включає три основні фази: тривогу, адаптацію та виснаження. На занятті учасники розглядають фізіологічні механізми, пов'язані з виробленням гормонів стресу (кортизол, адреналін), а також вивчають процес формування хронічного запалення, як один із ключових чинників психосоматичних захворювань. Практична частина містить вправу «стресометр», де кожен учасник визначає індивідуальні джерела стресу та пов'язані з ними соматичні симптоми. Далі відбувається навчання техніці прогресивної м'язової релаксації (за Джейкобсоном) із поступовим скануванням тіла. Парна робота, в якій учасники діляться тригерами та опрацьовують стратегії реагування, сприяє кращому розумінню власного стресового профілю та формуванню емоційної підтримки.

Третій день повністю зосереджений на темі емоцій і їхньому впливі на соматичне здоров'я. Розглядається емоція як сигнал психологічних потреб. Акцент ставиться на труднощах, пов'язаних із алекситимією - станом, при якому людина не здатна точно визначити свої емоції. Обговорюються небезпеки хронічного емоційного пригнічення, що сприяє розвитку

психосоматичних захворювань. Теоретична частина спирається на ідеї Маршалла Розенберга [53, с. 86], автора концепції ненасильницького спілкування. Учасники вивчають основи конструктивного вираження емоцій, тренуються розрізняти почуття й потреби. Практична частина включає створення власного «емоційного словника» та виконання арттехніки «креслення настрою». Вправа «Ненасильницьке вираження емоцій» у трійках допомагає практикувати безпечне формулювання почуттів. Учасники фіксують, як зміни в емоційному вираженні впливають на тілесні відчуття.

Четвертий день акцентує увагу на диханні як ключовому місті між тілом і психікою. Вивчаються типові дихальні порушення у тривожних станах - гіпервентиляція, зупинки в диханні, поверхнєве дихання. Теоретично учасникам пояснюють механізм майндфулнес-дихання, заснований на практиках Кабат-Зінна [54, с. 30]. й інтегрований у когнітивно-поведінкові моделі. Практична частина охоплює інструктаж і виконання вправи «чотири квадрати дихання» (вдих-паузу-видих-паузу), медитацію «Тиха присутність» під супровід тренера або запису, а також рухливо-дихальні вправи під легку розтяжку. Наприкінці учасники обмінюються відчуттями, фіксують зміни в тілі - зникнення тяжкості, почуття розслаблення, глибшого контакту з тілом.

П'ятий день тренінгу зосереджено на когнітивно-поведінкових техніках. У теоретичному блоці подаються основи підходу Аарона Бека [55, с. 139] й Альберта Елліса [56]. Учасники вивчають поняття автоматичних негативних думок, когнітивних викривлень (катастрофізація, персоналізація, узагальнення), а також зв'язок між мисленням, емоціями і тілом. Практика включає вправу «мислення - відчуття - тіло», в якій учасники ідентифікують ментальні шаблони, що спричиняють тілесні реакції. Вправа «сумнів під лупою» допомагає трансформувати деструктивні переконання в адаптивні. Робота в парах сприяє поглибленню усвідомлення і розвитку навичок когнітивної реструктуризації.

Шостий день присвячений темі ресурсів. Обговорюється теорія ресурсного підходу, яка наголошує на важливості внутрішньої рівноваги, режиму дня, сну, харчування, соціальних зв'язків і смислів життя. Практичні вправи включають створення «карти ресурсів», виявлення підтримувальних людей, місць, практик, створення індивідуального переліку «ресурсних ритуалів» - дій, які можна виконувати щоденно для підтримання психічного та фізичного здоров'я. Наприкінці заняття учасники беруть участь у «колі підтримки», де кожен отримує слова вдячності, турботи та підтримки від інших учасників, що сприяє формуванню відчуття приналежності й безпеки.

Завершальний, сьомий день тренінгу спрямований на інтеграцію здобутих знань і досвіду. Кожен учасник виконує вправу «лист собі-здоровому», де фіксує особисті відкриття, зміни у звичках, ставленні до себе та свого тіла, а також формулює плани на майбутнє для збереження результатів. Після цього відбувається ритуал прощання - учасники діляться зворотним зв'язком, емоціями та спільними враженнями. Заключна рефлексія дає змогу осмислити досягнення на фізичному, емоційному та когнітивному рівнях і створити чітку структуру підтримки психосоматичного здоров'я в щоденному житті.

Таким чином, представлений тренінг є багатокомпонентною програмою, що інтегрує історичні, теоретичні та практичні засади сучасної психосоматики. Він охоплює тілесну усвідомленість, емоційну експресію, дихальні практики, когнітивну реструктуризацію та ресурсно-орієнтовані техніки, адаптовані під різні цільові групи. Учасники не лише отримують нові знання, а й здобувають практичні інструменти самопомоги та підтримки, які сприяють покращенню психоемоційного стану та фізичного благополуччя у повсякденному житті.

3.2. Результати апробації тренінгу та оцінка його ефективності

Після завершення тренінгової програми абсолютна більшість учасників засвідчують суттєві позитивні зміни у своєму психоемоційному, тілесному та соціальному функціонуванні, що свідчить про високу ефективність запропонованого підходу до профілактики та подолання психосоматичних проявів. Вплив програми охопив кілька ключових рівнів функціонування особистості - когнітивний, емоційний, тілесний, поведінковий та соціальний - що дає підстави говорити про її комплексний, системний і стійкий характер.

На емоційному рівні спостерігається значне зменшення проявів хронічної тривожності, дратівливості, внутрішньої напруги, частоти емоційних зривів, нападів паніки, психосоматичних криз. Учасники починають глибше усвідомлювати власні емоції, виокремлювати їх джерела, розпізнавати «пускові механізми» афекту. Вони навчаються безпечним і конструктивним способам вираження емоцій, формуючи нову емоційну культуру - культуру прийняття себе та власних почуттів. Більшість учасників зазначають, що вперше за довгий час почали відчувати, що їхній емоційний стан можна регулювати, а не просто терпіти або придушувати. Систематичне впровадження майндфулнес-практик, прогресивної м'язової релаксації, дихальних вправ сприяло зниженню емоційної реактивності та підвищенню емоційної гнучкості. У багатьох формується новий досвід - відчутти спокій, зосередженість, контакт із собою навіть у складних обставинах.

На тілесному рівні простежується чітка динаміка зменшення симптомів, які раніше сприймалися учасниками як хронічні, не пов'язані з психологічним станом: головні болі, болі в ділянці серця, порушення сну, функціональні розлади шлунково-кишкового тракту, панічні напади, м'язова напруга, задишка, відчуття нестачі енергії. Завдяки вправам на тілесну усвідомленість - таким як тілесне сканування, «карта симптомів», практика зупинки та самоспостереження - учасники навчилися слухати своє тіло, розпізнавати сигнали напруги та своєчасно реагувати на них.

Важливим результатом є перехід від ігнорування симптомів до усвідомлення їхнього психологічного походження. Це допомогло зменшити кількість медичних звернень і тривожних соматичних фіксацій. Зросла довіра до власного тіла як до джерела інформації, а не лише як до джерела страждання.

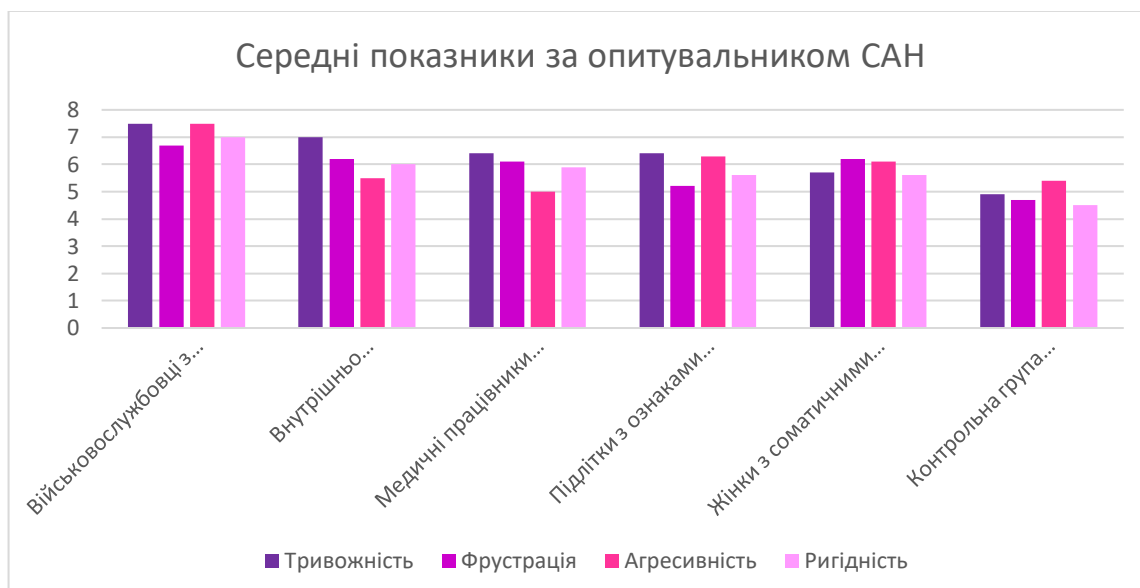
На когнітивному рівні тренінг сприяв суттєвим змінам у мисленні. Завдяки застосуванню технік когнітивно-поведінкової терапії учасники навчилися виявляти автоматичні негативні думки, когнітивні викривлення (як-от катастрофізація, генералізація, думки «все або нічого», самозвинувачення), ставити їх під сумнів і замінювати на більш реалістичні, адаптивні переконання. Це дозволило знизити рівень внутрішньої критики, тривожних очікувань і почуття провини, а також відновити здатність до гнучкого мислення, конструктивного вирішення проблем і планування дій. Формується новий стиль мислення - свідомий, спостережливий, більш реалістичний і співчутливий. Учасники почали краще усвідомлювати свої потреби, мотивації, коригувати поведінку у відповідності до цілей і цінностей. Це значно підвищило рівень самоконтролю і зменшило емоційне перевантаження.

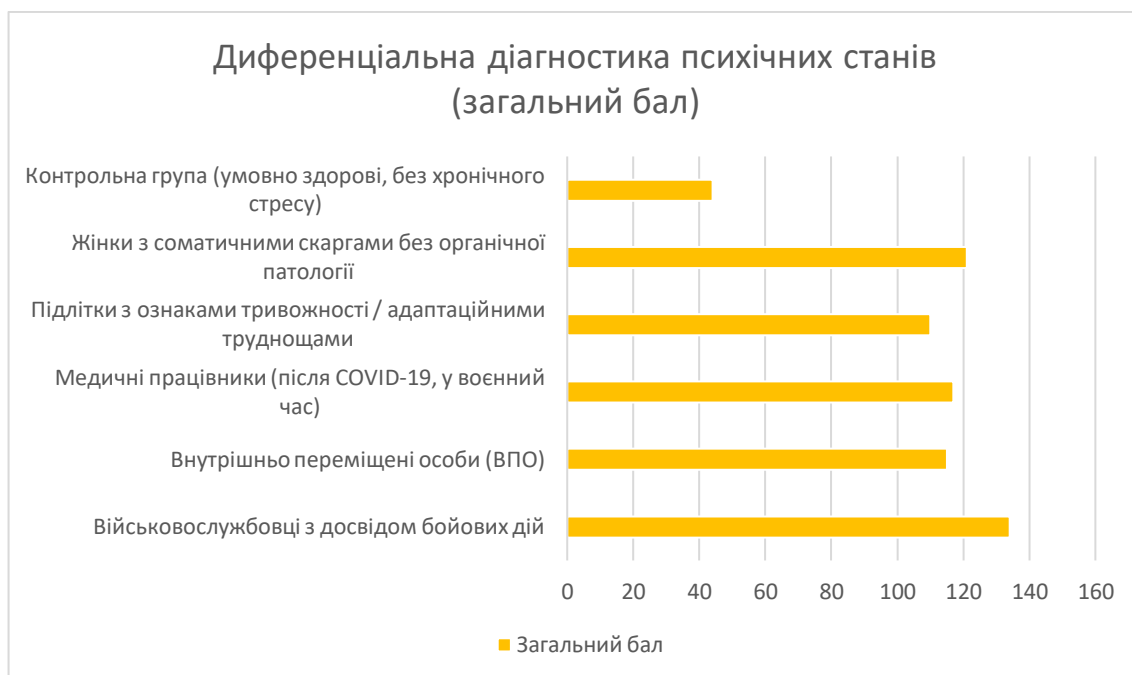
На поведінковому рівні відзначається формування нових, здорових звичок самодопомоги, які інтегруються в повсякденне життя. Учасники впроваджують регулярні практики: дихальні вправи, тілесні техніки, ведення емоційного щоденника, усвідомлену тілесну активність, ритуали сну й відпочинку. Багато хто відзначає підвищену мотивацію до турботи про себе, дотримання режиму дня, покращення харчової поведінки, підвищення фізичної активності. Формуються навички розпізнавання та поваги до особистих меж, асертивної поведінки, стійкішої реакції на стрес. Зростає рівень відповідальності за своє психоемоційне здоров'я та розуміння, що профілактика - це активний, щоденний процес.

На соціальному рівні тренінг забезпечив простір для емоційного контакту, солідарності, взаємопідтримки. Учасники відзначають, що змогли

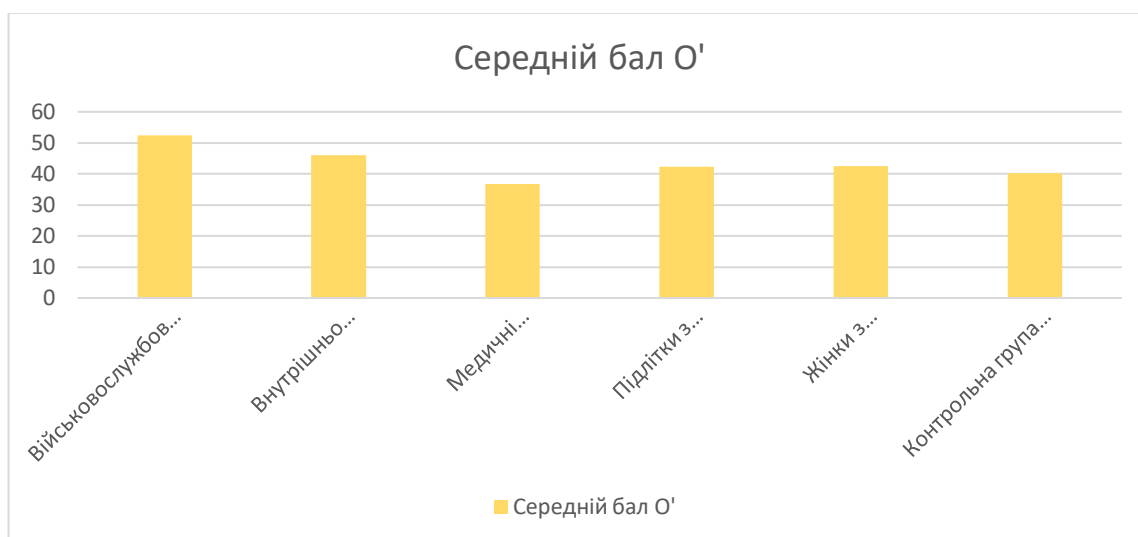
подолати почуття ізоляції, сорому, самотності, поділитися своїм досвідом у безпечному середовищі. Це стало можливим завдяки створенню підтримувальної групової динаміки та впровадженню принципів ненасильницького спілкування (за Маршаллом Розенбергом). Зміни виявилися не лише на рівні емоцій, а й у якості взаємин - учасники почали краще висловлювати свої потреби, слухати інших, будувати здорові межі та ефективніше взаємодіяти з партнерами, колегами, дітьми, клієнтами. Психоемоційне «відкриття» до інших сприяє стабільному соціальному функціонуванню.

Діаграма 3.1. Середні показники за опитувальником САН





Діаграма 3.2. Диференціальна діагностика психічних станів (загальний бал)





Діаграма 3.3. Основні психосоціальні показники

Важливим феноменом, який відзначається серед значної частини учасників, є початок особистісної трансформації. З'являється усвідомлення внутрішніх ресурсів, формулювання життєвих цілей, повернення почуття сенсу, мотивації до змін, здатності до надії. Люди починають сприймати

себе не лише як «пацієнтів» чи «жертв обставин», а як суб'єктів власного життя. Це дозволяє поступово вийти з хронічного емоційного пригнічення, переосмислити досвід, прийняти себе й активізувати процес особистісного зростання.

Повторне психодіагностичне обстеження після завершення програми (за шкалами тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності, депресії, соматоформних скарг) показало достовірне зниження відповідних індикаторів. Це свідчить не лише про суб'єктивну динаміку, а й про статистично підтверджений психофізіологічний ефект тренінгу. Таким чином, програма має об'єктивні результати, які можна використовувати для доказової психопрофілактики в роботі з соціально вразливими групами

Важливо розуміти, що запропонована програма не є «лікуванням» у традиційному сенсі, а створює базу для довготривалої психоемоційної стабілізації. Тренінг формує стійкі навички саморегуляції, самоспостереження, турботи про себе та міжособистісної взаємодії, які поступово інтегруються в життя. У кризовий і посткризовий період, особливо в умовах воєнного конфлікту, таких ресурсів потребують не лише окремі особи, а й цілі спільноти.

Програма може бути ефективно впроваджена в освітніх закладах, медичних установах, військових і корпоративних структурах, а також у роботі з особами, які пережили втрату, насильство, еміграцію, бойові дії або інші форми дистресу. Вона поєднує психотерапевтичну, психоедукаційну та превентивну складові, що робить її адаптивною і багатоцільовою.

Отже, позитивні зміни, зафіксовані після участі у тренінгу, свідчать про його комплексний і довготривалий ефект. Програма сприяє зміцненню психофізичного здоров'я, підвищенню стресостійкості, покращенню якості життя та формуванню нової культури турботи про себе як на індивідуальному, так і на суспільному рівні.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено комплексне теоретико-емпіричне дослідження психологічних аспектів впливу психогенних факторів на здоров'я людини.

Отримані результати дозволили сформулювати такі узагальнені висновки відповідно до поставлених завдань дослідження.

1. Поняття єдності душі та тіла сягає глибини античної думки. Ще Гіпократ наголошував на необхідності розглядати хворобу у зв'язку з індивідуальними особливостями особистості, її поведінкою, емоціями, способом життя. У своїх працях він зазначав, що меланхолія супроводжується не лише змінами у настрої, а й соматичними симптомами, такими як біль у животі. Подібні ідеї знаходили відображення й у працях Платона. У діалозі «Хармід» він вустами Сократа зазначав, що тіло неможливо лікувати без душі, оскільки все - і добре, і зле - походить саме від неї. Таким чином, ще в античності існувало уявлення про нерозривний взаємозв'язок психічного та тілесного, що фактично заклало основи майбутньої психосоматичної медицини.

У новітній історії термін «психосоматика» вперше з'явився у науковому лексиконі в 1818 році завдяки Йоганну Крістіану Августу Хайнроту, який підкреслював морально-психічні причини виникнення тілесних хвороб. Його концепція передбачала, що емоційні стани, такі як злість, сором або незадоволеність, можуть спричиняти туберкульоз, епілепсію, онкологічні захворювання. Ці ідеї стали основою формування нового наукового підходу до розуміння хвороби як результату глибинного психологічного процесу.

У подальшому розвиток психосоматики був тісно пов'язаний з іменами таких вчених, як Карл Ясперс, Зигмунд Фройд, Франц Александер. Ясперс запропонував класифікацію «психосоматичних фактів», де виокремив:

соматичні симптоми психічного походження (галюцинації, істеричні реакції, психогенний біль);

психофізіологічні реакції, які супроводжують емоційні стани (прискорене серцебиття, пітливість);

соматичні хвороби як наслідок внутрішнього психічного конфлікту (бронхіальна астма, гастрит, виразкова хвороба);

інстинктивні розлади (сексуальні дисфункції, ендокринні порушення).

На початку XX століття З. Фройд сформулював теорію «конверсії» - процесу, в якому несвідомі психологічні конфлікти перетворюються на тілесні симптоми. Його теорія поклала початок системному розгляду психосоматичних феноменів у психоаналітичній парадигмі. У свою чергу, Ф. Александер, один із засновників психосоматичної медицини, виділив три типи психогенних захворювань: істеричні конверсії, вегетативні неврози, власне психосоматичні хвороби. Його дослідження підкреслювали важливість інтрапсихічного конфлікту у формуванні фізіологічних симптомів.

2. Суттєвий внесок у розуміння ролі соціальних чинників у формуванні психосоматичних захворювань зроблено дослідниками сім'ї. Дисгармонійні родини, гіперопіка, втручання в особистісний простір, невміння вирішувати конфлікти - усе це створює передумови для формування соматизованих психічних реакцій, особливо у дітей та підлітків. Психосоматичні симптоми в таких випадках часто виконують функцію комунікації - сигналу про психологічне страждання, яке не може бути висловлене відкрито.

Окрему увагу в межах психосоматики отримала проблематика **посттравматичного стресового розладу (ПТСР)** цей стан викликається серйозними психотравмуючими подіями і часто супроводжується соматичними проявами - болями в серці, порушеннями сну, головним болем, респіраторними розладами.

Сьогодні психосоматика розглядається як цілісна міждисциплінарна парадигма, що об'єднує психоаналітичні, когнітивно-поведінкові,

нейрофізіологічні, біопсихосоціальні підходи. Її ключова ідея - усвідомлення того, що тілесні симптоми можуть бути вираженням глибинних психологічних проблем.

3. В умовах затяжної соціальної нестабільності, спричиненої повномасштабною війною та її супутніми кризами (епідеміологічною, соціальною, гуманітарною), в українському суспільстві дедалі частіше спостерігаються порушення психосоматичного рівня функціонування. Психосоматичні розлади, які раніше часто залишалися на периферії клінічного та психологічного інтересу, нині вийшли на передній план як результат хронічного стресу, тривалої тривоги, фрустрації та порушеної адаптації до умов повсякденного життя.

Для емпіричного дослідження психосоматичних розладів було сформована вибірка, що охоплює різні соціальні та психологічні категорії населення, які мають підвищений ризик розвитку психосоматичних симптомів або перебувають у стані відносної емоційної стабільності. Зокрема, у вибірці було 60 осіб, тобто шість груп по 10 осіб кожна, які відображають різноманітність життєвих обставин і психологічних станів.

Діагностика проводилася із дотриманням етичних норм, поєднуючи очні та дистанційні методи, з акцентом на встановлення довіри для достовірності результатів. Статистичний аналіз виявив домінуючі психоемоційні фактори, що сприяють виникненню соматичних симптомів.

4. Дослідження психоемоційних станів і психосоматичних проявів у соціально вразливих групах, які перебувають під впливом хронічного стресу, зокрема воєнного конфлікту, потребує застосування комплексного діагностичного інструментарію. У дослідженні використовували валідовані методики, що дозволили оцінити різні аспекти психічного здоров'я та їхній вплив на соматичний стан.

За даними опитувальника Айзенка, найвищі рівні тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності виявлені у військовослужбовців із досвідом бойових дій, що відповідає проявам ПТСР. Підлітки, внутрішньо

переміщені особи (ВПО) та медичні працівники демонструють помірні або підвищені рівні цих показників, пов'язані з емоційною нестабільністю, втратою соціальних зв'язків та професійним вигоранням. Жінки з соматичними скаргами без органічної патології мають підвищені тривожність і агресивність, що відповідає психосоматичним механізмам конверсії. Контрольна група характеризується найнижчими показниками, хоча рівень тривожності дещо підвищений через соціальну напругу.

Методика диференціальної діагностики депресивних станів підтвердила глибоку депресію у військових, що включає апатію, тривогу та страх, а також менш виражені депресивні симптоми у ВПО, медпрацівників, підлітків і жінок із соматоформними розладами. РНQ-опитувальник відзначив тяжкі прояви клінічної депресії, генералізованої тривоги та соматичних симптомів у військовослужбовців, а також середні або легкі прояви у інших групах.

WHYMPI-інвентаризація виявила найвищий рівень емоційного дистресу, соціальної ізоляції і зниження активності у військових, помірну соціальну інтеграцію у ВПО та медпрацівників, а також тенденції до емоційного замикання і фокусування на тілесних симптомах у підлітків та жінок.

Отже, психодіагностичні дані свідчать про високий рівень психоемоційної напруги та ризик хронізації психосоматичних порушень у соціально вразливих групах, особливо серед військовослужбовців і ВПО. Вони потребують системної психотерапевтичної підтримки, кризової інтервенції та комплексних реабілітаційних програм із використанням когнітивно-поведінкових, тілесно-орієнтованих та соціально підтримуючих методик. Підлітки, медпрацівники та жінки з психосоматичними проявами також становлять групи підвищеного ризику, які потребують ранньої діагностики і цілеспрямованої профілактики. Результати контрольної групи підкреслюють важливість ресурсів соціальної підтримки і адаптивних механізмів для збереження психоемоційної стабільності в умовах соціальної

напруги.

5. Психологічний тренінг як цілісна комплексна програма виступає ефективним інструментом профілактики психосоматичних порушень, що базується на інтеграції теоретичних знань і практичних методик сучасної психосоматики. Він спрямований на формування усвідомленого ставлення до власного психофізичного стану, розвиток навичок саморегуляції та зміцнення внутрішніх ресурсів особистості. Такий підхід особливо актуальний для груп підвищеного ризику, які перебувають під впливом хронічного стресу, соціальної нестабільності та емоційного виснаження.

Покрокове опрацювання тем тренінгу - від розуміння історичних витоків психосоматичної теорії до практик тілесної усвідомленості, емоційної експресії, дихальних технік і когнітивно-поведінкових втручань - забезпечує комплексне охоплення взаємозв'язку між психікою і тілом. Особлива увага приділяється формуванню здатності розпізнавати й безпечно виражати емоції, працювати зі стресовими реакціями та автоматичними когнітивними викривленнями, що є ключовими механізмами розвитку психосоматичних симптомів.

Застосування методик тілесної медитації, автогенного тренування, прогресивної м'язової релаксації, майндфулнес-дихання і когнітивної реструктуризації формує в учасників практичні інструменти для зниження психоемоційного напруження та запобігання хронізації психосоматичних реакцій. Водночас робота з ресурсами, соціальною підтримкою і створення індивідуальних моделей самодопомоги сприяє підтриманню психологічної рівноваги у повсякденному житті.

6. За результатами апробації тренінгу та оцінки його ефективності, ми надійшли висновку, що тренінг не лише розширює психологічну культуру учасників, а й зміцнює їхню здатність до адаптації та саморегуляції в умовах стресу й невизначеності. Його багатокomпонентний і мультидисциплінарний характер робить його ефективним засобом як

первинної профілактики, так і підтримки психосоматичного здоров'я в умовах соціальних викликів сучасності.

Таким чином, психосоматика - це не лише напрямок у науці, а й ціннісна позиція, яка визнає взаємозв'язок фізичного й душевного, об'єктивного та суб'єктивного, зовнішнього прояву хвороби й внутрішнього життя людини. Завдяки цьому підходу можливо не лише поглибити діагностичні можливості, але й розробити комплексні, індивідуалізовані стратегії лікування та профілактики, що базуються на поєднанні медичних, психологічних і соціальних компонентів. І у підсумку, психосоматика відкриває шлях до більш гуманістичного та ефективного розуміння здоров'я як динамічного стану гармонії між тілом, психікою та соціальним контекстом буття.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Прокопов В.М. Психологічні особливості психосоматичного розвитку у дітей раннього віку. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*, 2023. Том 34 (73). № 1. С. 160-165.

URL: https://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/1_2023/26.pdf

2. Савченко Ю. Г. Особливості проявів психосоматичної складової у людей, які мають захворювання очей : кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістр. Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2021. 60 с.

URL: <https://repository.sspu.edu.ua/items/855836e9-3e54-45ca-9545-bb122b72b0e8>

3. Cannon, W. B., Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage. New York: Appleton-Century-Crofts, 1929.

URL: <https://digirepo.nlm.nih.gov/ext/dw/00620620R/PDF/00620620R.pdf>

4. Середа І. В. Основи психосоматики : навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів з курсу за змішаною формою навчання. Миколаїв : Видавець Румянцева Г. В., 2022. 156 с.

URL: <https://surli.cc/crawxk>

5. Чайка Д. О. Вплив сімейних відносин на розвиток психосоматичних розладів у підлітків : кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістр. Кривий Ріг, 2025. 58 с.

URL: <https://elibrary.kdpu.edu.ua/handle/123456789/11743>

6. Пелешенко О.В., Блискун О.О. Соціально-психологічні чинники психосоматичних розладів особистості. *Суспільство і особистість у сучасному комунікаційному дискурсі* : матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 9-10 квітня 2020 р.). Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2020. 677 с.

URL: https://zp.edu.ua/uploads/dept_s&r/2020/conf/2.1/Zbirka.pdf#page=498

7. Бамбурак Н. Психологічний аналіз проблеми систематики психосоматичних розладів. *Збірник наукових праць Національної академії державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки*. 2019. № 3. С. 18-31.

URL: <https://dspace.lvduvs.edu.ua/handle/1234567890/3005>

8. Загороднюк О.О., Астремська І.В. Історія розвитку вчення про психосоматику. *Сучасна педагогіка та психологія: методологія, теорія і практика*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 4–5 грудня 2020 р.). К. : Таврійський національний університет імені В. І. Вернадського, 2020. 188 с.

URL: http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/12178/1/tnu.in.ua_psyho-ped_%D0%94%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D0%B1%D1%80%D1%8C_2020.pdf#page=82

9. Горяча Т. С. До питання про підходи до проблеми психосоматичної єдності особистості. *Наука і освіта*. 2009. №4. С. 12-16.

URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/handle/123456789/14075>

10. Сурженко Л. В. Пригнічені негативні емоції як чинник виникнення психосоматичних порушень : кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістр. Київський інститут сучасної психології та психотерапії, кафедра клінічної психології. Київ, 2024. С. 194.

URL: <https://surl.lt/ssjnwk>

11. Грицюк І. М. Психологічні особливості впливу стресу на виникнення психосоматичних розладів у дітей старшого шкільного віку. *Психологічні перспективи*. 2021. Вип. 37. С. 55-67.

URL: <https://surl.lu/tzxrax>

12. Бойчук Н., Іванюта О. В. Соматоформні розлади: презентація. Рівне, 2020. 22 с.

URL: <http://library.megu.edu.ua:8180/jspui/handle/123456789/2113>

13. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених

проблем охорони здоров'я: табличний перелік. Десятий перегляд. Австралійська модифікація (МКХ-10-АМ): десяте вид. чинне від 1 лип. 2017 р. Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2017. С. 1321.

URL: <https://surli.cc/vbttnhi>

14. Федоренко О. Є. Психосоматика та психотерапія в сучасній дерматології. *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. 2007. № 1. С. 54 – 56.

URL: https://www.vitapol.com.ua/user_files/pdfs/uzdvk/552761446944310_27092009164515.pdf

15. Вічковська О. Я. Завдання, зміст та особливості корекційної роботи із психосоматично акцентуйованими клієнтами: кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістр. Західноукраїнський національний університет. Тернопіль, 2020. С. 81.

URL: <https://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/40308/1/%D0%B2%D1%96%D1%87%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B0.pdf>

16. Уланова Т.В., Щербакова І.М. Історія психосоматики: Вільгельм Райх. *Актуальні питання сучасної психології* : збірник наукових праць. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. Т. 1. 320 с.

URL: <https://surl.li/fxhwap>

17. Хамаганов, Д.М. Особливості тривожності у студентів з різними психосоматичними розладами: робота на здобуття кваліфікаційного ступеня бакалавра; спец.: 053 – психологія. Суми: СумДУ, 2020. 57 с.

URL: <https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/79741>

18. Литвиненко О.Д. Психосоматичний підхід до проблем психологічного здоров'я особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки» випуск №4*. 2016 р., с.216

URL: <https://www.pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/946>

19. Peretiatko, L., & Teslenko, M. (2017). Психосоматичні розлади:

сучасний стан проблеми. *Психологія і особистість*, (2), 137–147.

URL: <https://psychpersonality.pnpu.edu.ua/article/view/163639>

20. Калениченко, Р., Клевець, Л., & Петухова, І.. Психокорекція психосоматичних проявів у здобувачів вищої освіти засобами музикотерапії. *Вісник Національного університету оборони України*, №65(1), 2022. С.31–36.

URL: <http://visnyk.nuou.org.ua/article/view/253221>

21. Рештакова Н. О. Депресія як один з чинників, що сприяють розвитку психосоматичних розладів. *Медсестринство*. 2020. № 4. С. 29–31.

URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/287307938.pdf>

22. Ханецька, Н., & Подра, А. Психосоматика підлітків і молоді внаслідок подавлених заборонених емоцій у сімейному вихованні. *Psychology Travelogs*, №3, 2023. С.203–212.

URL: <https://pt.khmnu.edu.ua/index.php/pt/article/view/116>

23. Касьянова А. Ю. Діагностика психосоматичних захворювань у дітей та їх лікування. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія*. 2009. Том. Х. Вип. 15.

URL: <http://www.apppsychology.org.ua/index.php/ua/arkhiv-vydannia/tom-10/77-vipusk-10-v1-15>

24. Католик Г. В., Компанович М. С. Особливості професійної як-концепції психолога у роботі з підлітками із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна : збірник наукових праць*. Львів: ЛьвДУВС, 2016. Вип.2. 236 с.

URL: <http://journals.lvduvs.lviv.ua/index.php/psychology/issue/view/5>

25. Чугунов В. В. Методична розробка до практичного заняття з тем № 3, № 4: «Поняття про психосоматичні та соматопсихічні розлади. Статеві, вікові та профільні особливості хворих». Запорізький державний медичний університет, кафедра психіатрії, психотерапії, загальної і медичної

психології, наркології та сексології. Запоріжжя, 2015. 12 с.

URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/10955/1/%D0%9F%D0%BE%D0%BD%D1%8F%D1%82%D1%82%D1%8F%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96.pdf>

26. Кулик Н.А., Чешенко С.В. Психосоматика: ознаки, причини, допомога. *Соціально-психологічні аспекти розвитку суб'єктів освітнього процесу* : матеріали II Всеукраїнського науково-практичного форуму «Соціально-психологічні аспекти розвитку особистісно-професійної компетентності педагога в умовах інноваційних змін» (м. Суми, 07– 12 грудня 2020 р.). Суми: НВВ КЗ СОІППО. 2020. 212 с.

URL: <https://surli.cc/dekuup>

27. Цепух Л., Грицюк І. Вплив несприятливого досвіду дитинства на психічне здоров'я в дорослому віці. *Соціальна адаптація особистості в сучасному суспільстві із циклу: Психологічні складові сталого розвитку суспільства: пошук психологічного обґрунтування викликів сучасності* : матеріали XI Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (м. Луцьк, 16-20 грудня 2024 р.) Луцьк : ПП Іванюк В. П, 2024. 352 с

URL: <https://www.inforum.in.ua/docs/202503201103423.pdf#page=283>

28. Трусова В. Р. Усвідомлення власного Я-образу в структурі психосоматичного стану особистості : кваліфікаційна робота здобувача другого (магістерського) рівня вищої освіти за освітньо-професійною програмою «Практична психологія». Маріупольський держ. ун-т, психолого-пед. ф-т, каф. практич. психології. Київ, 2022. 110 с.

URL: <https://repository.mu.edu.ua/jspui/handle/123456789/3587>

29. Полівода А. О. Специфіка психосоматичних розладів педагогічних працівників : кваліфікаційна робота бакалавра за освіт. програмою «Психологія». Нац. ун-т ім. Петра Могили, мед. ін-т, каф. психології. – Миколаїв, 2022. 89 с.

URL: <https://surl.li/vjblpf>

30. Старик В. Особливості психосоматичних захворювань у працівників державної служби України з надзвичайних ситуацій. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*, (34) 2016 р. С. 662

URL: <https://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/issue/view/9546>

31. Гуменюк Л. Й., Федчук О. В. Дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія Психологічна*. 2016. № 1. С. 228-240.

URL: <https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/901/1/2016-1glivvp.pdf>

32. Галич М. Ю. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика *Юридична психологія*. 2022. № 1. С. 22-28.

URL: <https://surl.li/uchksq>

33. Сафін, О. Соматичні кореляти посттравматичного стресового розладу. *Психологічний журнал*, №11. 2024. С.59–68.

URL: <http://psyj.udpu.edu.ua/article/view/298407>

34. Лукомська С.О. Розлади, зумовлені стресом і травмою: інтегративний підхід. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Том XIV: Методологія і теорія психології. Випуск 1. Київ - Ніжин. Видавець «ПП Лисенко М.М.»*. 2018. 353 с.

URL: http://www.apppsychology.org.ua/index.php/ua/?option=com_content&view=article&id=549&Itemid=424

35. Лесніченко Н. П. Психосоматика у фокусі історії. *Харківський осінній марафон психотехнологій : матеріали наук.-практ. конф. (м.Харків, 27 жовт. 2018 р.)*. Харків. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди. Харків : Діса плюс, 2018. Ч. 2. С. 200–204.

URL: <https://dspace.hnpu.edu.ua/items/16b2dc6a-7d2d-4139-b1d5->

[fe1b0843219f](#)

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

URL:https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/5664/1/I_Savenkova_M_KSPKI_O_IL.pdf

37. Муха В. Л. Вплив стресу на перебіг соматичного стану хворих з психосоматичними розладами : кваліфікаційна робота магістра. Запорізький національний університет, факультет соціальної педагогіки та психології, кафедра психології. Запоріжжя, 2023. С. 65.

URL:<https://dspace.znu.edu.ua/jspui/bitstream/12345/17902/1/%D0%9C%D1%83%D1%85%D0%B0%20%D0%92.%D0%9B..pdf>

38. Тіхоміров А.І. Психосоматика: чому і як непроговорені емоції впливають на наше тіло. *Могилянські читання – 2024 : досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні : глобальний, національний та регіональний аспекти. Фізичне виховання та спорт* : матеріали XXVII Всеукр. наук.-практ. конф.(м. Миколаїв, 6–10 листоп. 2024 р). Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2024. 72 с.

URL:<https://surl.lu/uphcdx>

39. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум. Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, В. І. Лагодзінська, В. М. Івкін, О. С. Ковальчук ; за ред. Л. М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.

URL:<https://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/get/56142>

40. Кокур О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Малхазов О.Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів : методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.

URL:<https://core.ac.uk/download/pdf/32309843.pdf>

41. Агаєв Н.А., Коқун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

URL:https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%9D%D0%9F%D0%A1_16.pdf

42. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник. К.: Видавничий дім Медкнига, 2019. 112 с.

URL:<https://surl.lu/cpegqf>

43. Шолтиш І. С., Бугайова Н. М. Діагностування психосоматичних розладів на первинній ланці психологічної підтримки. *IX International scientific and practical conference «Scientific Problems and Options for Their Solution»* (February 7-9, 2024) Bucharest, Romania, International Scientific Unity. 2024. 310 p.

URL:https://isu-conference.com/wp-content/uploads/2024/02/Scientific_problems_and_options_for_their_solution_Feb_7_2024_Bucharest_Romania.pdf#page=249

44. Зливков В.Л., Лукомська С.О. Теорія та практика психологічних тренінгів. К.- Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2019. 209 с.

URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/721625/1/Zlyvkov_Lukomska.pdf

45. Карпенко Є. Основи психотренінгу : навч. посібник. Дрогобич . 2015. 78 с.

URL:<https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/2360/1/%D0%9A%D0%B0%D1%80%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE%20%D0%84.%D0%92.%20%D0%BE%D1%81%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B8%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%96%D0%BD%D0%B3%D1%83.pdf>

46. Лефтеров В. О. Особистість і тренінг: трансформація психічного

Наука і освіта : наук.-практ. журнал. 2008. № 4-5. С. 33-37.

URL: <http://dspace.pdpu.edu.ua/handle/123456789/5360>

47. Гречуха І.А. Особливості роботи над професійно-орієнтованими завданнями з курсу «Основи психологічного тренінгу : навчальний посібник. Житомир: Вид-во ЖДУ ім.. І.Франка, 2010. С. 319-346.

URL: <https://surli.cc/jpkhgp>

48. Федосєєв, В. А. Основи психосоматики : навч. посіб. Харків : Нац. аерокосм. ун-т ім. М. Є. Жуковського «Харків. авіац. ін-т», 2017. 112 с.

URL: <https://dspace.library.khai.edu/xmlui/bitstream/handle/123456789/7589/Kocharan.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

49. Dunbar H.F., Psychosomatic Diagnosis, P.B. Hoeber, Inc., (New York), 1943.

50. Гусак В. В. Аутогенне тренування та його вплив на процеси відновлення спортсменів. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини.* 2015. №8. С.122-127.

URL: <http://visnyk-sport.kpnu.edu.ua/article/view/58374>

51. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини. Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2009. 316 с.

URL: https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/1352/3/psychol_zd_09.pdf

52. Спіріна І. Д., Пилягіна Г. Я., Чугунов В. В., Фаузі Є. С., Живілова Я. С., Шевченко Ю. М. Медична психологія : підручник. Дніпро : ЛІРА, 2022. 300 с.

URL: <http://info.dgu.edu.ua/bitstream/123456789/629/1/%D0%9F%D1%96%D0%B4%D1%80%D1%83%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F%202022.pdf>

53. Карпенко Н.А, Карпенко В.В. Ненасильницьке спілкування як інструмент змін. *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві* : матеріали VI Всеукраїнської науковопрактичної конференції (м.Львів, 22 жовтня 2021 року). Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 348 с.

URL: https://sci.ldubgd.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/9289/1/%D0%A2%D0%B5%D0%B7%D0%B8_22-10-2021.pdf#page=86

54. Мотрук Т.О. Практика майндфулнес у психотерапевтичній практиці. *Слобожанський науковий вісник. Серія Психологія*, випуск 2, 2023.

URL: <https://journals.spu.sumy.ua/index.php/psy/issue/view/8>

55. Пушко Є.І. Основні техніки з використанням уяви в когнітивно - поведінковій психотерапії. *Психологічні координати розвитку особистості : реалії і перспективи* : матеріали V Міжнарод. наук.-практ. онлайн-конф. (м. Полтава 27-28 квітня 2020 р.). Полтава, 2020. 245 с.

URL: http://elcat.pnpu.edu.ua/docs/Онлайн-конфер_психологія_2020.pdf#page=138

56. Колошин В.Ф. Рационально-эмотивна терапія: теорія та практика. Частина I. *Практична психологія та соціальна робота*. 2010, №4(133). С. 71-76.

URL: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/3526/1/7_PET4_2010.pdf

Здобувач вищої освіти _____ О.О. Белека

Науковий керівник _____ Т.В. Матієнко