ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»
Навчально-науковий інститут психології

Кафедра психології

Хрома Любов Романівна

Кваліфікаційна робота

Особливості прояву та розвитку психосоматики у підлітків та юнаків в часи війни

053 «Психологія»

«Психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Кваліфікаційна робота містить результати власних доробок. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____Л.Р. Хрома

Науковий керівник (консультант) Васильченко Ольга Миколаївна,
доктор психологічних наук, доцент,

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП **3**

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ **9**

1.1. Поняття та сутність психосоматики, історія розвитку сучасних підходів. 9

1.2. Генеза та механізми формування психосоматичних проявів у підлітковому віці 15

1.3. Чинники, що сприяють виникненню психосоматичних реакцій у підлітків: стрес, соціальні чинники, травматичний досвід 23

Висновки до розділу 1 30

РОЗДІЛ 2 МЕТОДОЛОГІЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У ПІДЛІТКІВ ТА ЮНАКІВ **33**

2.1. Організація, методики та процедура дослідження психосоматичних проявів у підлітків та юнаків 33

2.2. Загальна характеристика емпіричного дослідження та описові статистики вибірки стосовно соматичних проявів у молоді 46

Висновки до розділу 2 56

РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У ПІДЛІТКІВ ТА ЮНАКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ **59**

3.1. Чинники ризику та механізми соматизації. Порівняльний та кореляційний аналіз 59

3.2 Практичні рекомендації та техніки для зниження рівня соматичних проявів у підлітків та юнаків 68

Висновки до розділу 3 74

ВИСНОВКИ **77**

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ **81**

ДОДАТКИ **91**

ВСТУП

Актуальність роботи. В умовах сучасного надзвичайно динамічного**,** глобалізованого та уніфікованого соціуму постійно зростає тиск на індивідуальну адаптивну систему. Проблема психосоматичних проявів у підлітковому віці є однією з актуальних у сучасній психології та медицині, особливо в умовах війни, коли молодь стикається з хронічним стресом та невизначеністю майбутнього. Симптоми на кшталт головного болю, хронічної втоми, абдомінальних болів часто відображають психоемоційне виснаження. За даними ВООЗ 2022., кількість випадків психосоматичних порушень серед молоді в умовах війни зростає. Підлітковий та юнацький вік є періодами формування ідентичності та емоційної регуляції, що підвищує їхню вразливість Erikson, 2000. Ідея взаємозв'язку психіки й тіла бере початок у психоаналітичній концепції З. Манна-Уітніа, який описував механізми соматизації Freud, 1922. Подальші дослідження Ф. Александера 2020 та Ф. Данбар розглядали психосоматичні хвороби як результат взаємодії особистісних особливостей та емоційного стану. В. Франкл акцентував на ролі сенсу життя у подоланні страждання, описав стадії когнітивного розвитку, підкреслюючи зв'язок інтелектуального та емоційного становлення Piaget, 1970, а Л. Виготський наголошував на значенні соціального середовища у формуванні психіки та здатності долати стрес Виготський, 1982.

Аналіз теоретико-методологічних джерел проблеми психосоматики свідчить про те, що ця тема знаходиться на перетині психології, медицини та психофізіології. Наприклад, у працях Goleman 2021. та Siegel 2020. висвітлено механізми впливу хронічного стресу на фізичний стан організму через активацію осі гіпоталамус-гіпофіз-надниркові залози. Сучасні дослідження підтверджують актуальність теми і описують вплив хронічного стресу на фізичний стан через активацію нейроендокринної системи. McEwen 2019, 2020 досліджує нейробіологічні механізми

психосоматичних реакцій. І. Сингаївська, С. Федорець, С. В. Мелесик, О. В. Шевчук, Н. В. Шматко, О. М. Смирнова, О. В. Гриб, І. М. Грицюк, Л. І. Магдисюк, М. І. Замелюк, О. В. Кравчук, Т. В. Ковальчук, А. С. Деркач, О. А. Петрів, Т. В. Бойчук, О. М. Іванова, В. В. Тарасюк, О. В. Тимошенко — це автори, які у своїх працях глибоко аналізують психосоматичні прояви у підлітків, зокрема в умовах війни. За даними ВООЗ, близько 30 % підлітків у світі мають ті чи інші психосоматичні прояви, зумовлені стресом, а в умовах війни цей показник значно зростає WHO, 2022.

У дослідженнях UNICEF 2023. та National Institute of Mental Health 2022. зазначено, що підлітковий період є особливо вразливим через невизначеність особистісного розвитку та вплив негативних зовнішніх чинників, таких як війна. Зокрема, Gilligan 2020 наголошує на важливості соціальної підтримки для профілактики емоційних та психосоматичних розладів. Аналіз українських досліджень також свідчить про нагальність проблеми. Зокрема, праці Данилишина 2021. та Гриценко 2022. підкреслюють важливість ранньої діагностики психосоматичних розладів серед молоді та комплексного підходу до їх вирішення, який включає психотерапевтичні методи, когнітивно-поведінкову терапію та психоедукацію. Усе це дозволяє зменшити негативний вплив стресу та сприяти відновленню адаптаційного ресурсу організму.

Отже актуальність теми зумовлена потребою у глибокому вивченні психосоматичних проявів у підлітків та юнаків в умовах війни. Це дозволить удосконалити методи психологічної допомоги, терапії та профілактики, сприяти адаптації молоді до кризових умов та зменшити негативний вплив стресу на їх психофізичний стан. Вищезазначені аспекти зумовили вибір теми дослідження «Особливості прояву та розвитку психосоматики у підлітків та юнаків в часи війни».

Мета дослідження – теоретично проаналізувати та емпірично виявити особливості прояву та розвитку психосоматичних реакцій у підлітків і юнаків та запропонувати рекомендації для покращення їхнього психоемоційного та фізичного стану в кризових умовах.

Для досягнення мети сформульовані такі **завдання дослідженння**

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення психосоматики (психоаналітичний, когнітивний, гуманістичний, соціокультурний).
2. Визначити особливості психічного розвитку у підлітковому та юнацькому віці як вікових періодів підвищеного ризику психосоматичних розладів.
3. Виявити чинники впливу стресу в умовах війни на розвиток психосоматичних проявів у підлітків в умовах війни.
4. Провести емпіричне дослідження психосоматичних проявів у підлітків та юнаків в умовах війни.
5. Розробити психологічні рекомендації та програму тренінгу щодо профілактики психосоматичних проявів у підлітків та юнаків в умовах війни.

Об'єкт дослідження – психосоматичні прояви у підлітковому та юнацькому віці.

Предмет дослідження – особливості розвитку психосоматичних проявів у підлітків та юнаків в умовах війни

Методи дослідження. Для досягнення мети використано комплекс теоретичних і емпіричних методів До теоретичних методів належать: аналіз наукової літератури, систематизація та класифікація сучасних підходів до розуміння психосоматики, узагальнення наукових положень, визначення базових понять дослідження та структурно-логічне опрацювання отриманих матеріалів. Використання зазначених методів забезпечило формулювання теоретико-методологічних засад дослідження та уточнення змісту ключових категорій. Емпіричний блок дослідження був реалізований за допомогою методів психодіагностики, зокрема:

- Авторська анкета «Оцінки психосоматичного статусу, стрес-чинників та адаптаційних ресурсів підлітків», спрямованої на виявлення суб'єктивних відчуттів, рівня вираженості соматичних скарг, частоти стресових подій та індивідуальних способів реагування;
- Гіссенський опитувальник соматичних скарг (Brähleret al., 2008;

Паламарчук, 2021) для оцінювання інтенсивності соматичних симптомів

- додаткових шкал оцінки стресу та соціальної підтримки, виокремлених з авторської анкети на основі побудованих індикаторів (емоційне напруження, частота стресорів, наявність соціальної підтримки, суб'єктивне відчуття захищеності), що були використані як окремі емпіричні змінні.
- напівструктурованого лейтмотивного інтерв'ю з опікунами, як додаткового якісного методу для верифікації даних самозвітів підлітків, аналізу сімейного контексту виникнення симптомів та визначення стратегій батьківського реагування.

Для обробки даних застосовано методи математичної статистики: описову статистику (середні значення, медіани, стандартні відхилення), порівняльний аналіз (U-критерій Манна–Уітні або t-тест — відповідно до нормальності розподілу), а також кореляційного аналізу за Пірсоном або Спірменом залежно від нормальності розподіл для визначення взаємозв'язків між рівнем стресу, соціальною підтримкою та психосоматичними показниками у різних вікових групах. Застосування зазначених методів забезпечило комплексність підходу, можливість виявлення статистично значущих закономірностей, а також обґрунтування особливостей психосоматичних проявів у підлітків та молоді.

Обробка емпіричних даних здійснювалася з використанням пакету статистичних програм Jamovi та стандартних інструментів аналізу в середовищах Windows і Microsoft Excel.

Наукова новизна одержаних результатів:

уперше:

– в умовах воєнного часу запропоновано комплексні психологічні рекомендації для профілактики та корекції психосоматичних проявів у підлітків і студентів, спрямовані на роботу з хронічним виснаженням, нейровегетативною напругою та соматичними скаргами. Встановлено, що

ключовим чинником зниження психосоматичного навантаження є не рівень соціальної підтримки, а якість внутрішньо-емоційної регуляції, здатність до десоматизації та використання тілесноорієнтованих технік.

удосконалено:

– техніку застосування методик для індивідуальної профілактичної та психокорекційної роботи, де передбачено формування теоретичного уявлення про роль інтерналізації та десоматизації у механізмі психосоматичних проявів, уточнивши, що кількісна наявність соціальної підтримки не є провідним чинником захисту від соматизації, а вирішальною є якість внутрішньої емоційної регуляції.

– Систему психологічних засобів профілактики, орієнтовану на розвиток навичок десоматизації та застосування тілесно-орієнтованих технік для роботи саме з хронічним **виснаженням** та нейровегетативною напругою ШКТ.

дістали подальшого розвитку:

– Теоретичні уявлення щодо шляхів розв’язання проблеми психосоматичних проявів у контексті зовнішнього травматичного чинника (війни) з акцентом на необхідності цільової психоедукації щодо зв'язку "емоція–тіло".

Практичне значення дослідження полягає у визначенні чітких напрямів психологічної допомоги та розробці системи психологічних засобів для профілактики та корекції психосоматичних проявів у молоді в умовах воєнного стану. Розроблена тренінг-програма, сфокусована на десоматизації та ресурсному відновленні, може бути застосована психологами, педагогами та соціальними працівниками в освітніх закладах (школи, ліцеї, коледжі) та молодіжних центрах психологічної підтримки. Результати порівняльного та кореляційного аналізу можуть бути використані практичними психологами для швидкої діагностики груп ризику та вибору адекватного напряму корекційної роботи, орієнтуючись на домінування **Виснаження** як ключового

симптому-прояву. Теоретичний та практичний матеріал дослідження може стати корисним у розробці та модернізації навчальних курсів «Психологія здоров'я», «Основи психосоматики» для студентів психологічних та педагогічних спеціальностей. Матеріали дослідження можуть бути використані для створення цільових інформаційно-просвітницьких кампаній, спрямованих на зниження стигматизації психосоматичних проявів серед підлітків.

Основні положення та результати дослідження були апробовані на науково-практичній конференції «КРОК» Конференції, Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку - 2025. Тема дослідження: «ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ТА РОЗВИТКУ ПСИХОСОМАТИКИ У ПІДЛІТКІВ ТА ЮНАКІВ В ЧАСИ ВІЙНИ», що підтверджується публікацією тез: https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE-2025/paper/view/3185.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (92 найменування) та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 120 сторінок, основний обсяг – 80 сторінок. Робота містить 9 таблиць, 6 додатків (на 21 сторінці).

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ

1.1. Поняття та сутність психосоматики, історія розвитку сучасних підходів.

Психосоматика розглядається як міждисциплінарний напрям досліджень, що вивчає вплив психічних процесів на соматичне здоров'я. Ще Гіппократ, якого називають батьком медицини, наголошував на взаємозв'язку душі та тіла. В його працях можна знайти твердження, що фізичні хвороби можуть бути результатом психічного чи емоційного стану. Так, він відзначав, що негативні емоції, такі як гнів або тривога, можуть впливати на фізичний стан людини, що є передумовою для подальших розладів. Вчення Гіппократа базувалося на його вірі в «чотири рідини», що визначають здоров'я людини, і їхню роль у підтриманні фізичного балансу організму. Відоме твердження про те, що емоційні стани можуть спричиняти фізіологічні зміни, залишило важливий слід у подальшому розвитку психосоматичної медицини [51].

У стародавній Греції філософи також досліджували зв'язок між душевними і тілесними станами. Платон, зокрема, підкреслював важливість гармонії між душею та тілом для досягнення здоров'я. Він стверджував, що душевні турботи та непорозуміння можуть викликати фізичні захворювання [14]. Аристотель, у свою чергу, вважав, що емоційна стабільність є основою фізичного здоров'я, оскільки емоції безпосередньо впливають на фізіологічні процеси [51].

Зигмунд Фройд, засновник психоаналізу, значно розширив уявлення про психосоматичні захворювання, акцентуючи увагу на ролі несвідомих психологічних конфліктів у розвитку соматичних симптомів. За Фройдом, причини фізичних хвороби можуть бути пов'язані з прихованими емоціями і травмами, які не можуть бути свідомо усвідомлені людиною. В результаті ці емоції перетворюються в фізичні симптоми, як форма психологічної захисту.

Наприклад, його теорія щодо «невротичних симптомів» демонструє, як емоційні стани можуть проявлятися у фізичній формі, наприклад, через тривогу, депресію, болі або інші соматичні порушення [63]. Спираючись на концепції З. Фройда, ідеї про конверсію емоцій у тілесні симптоми та цілісний підхід до здоров'я людини. У медичних джерелах психосоматика часто розглядається як спеціальна галузь, що фокусується на тілі як виразі психічних конфліктів та стресових ситуацій.

Вагомий внесок у розвиток цього напряму зробили Франц Александер і Фелікс Дюнбар, психіатри та психотерапевти XX століття. Вони стверджували, що психосоматичні захворювання виникають як наслідок внутрішнього психологічного конфлікту. На відміну від Фройда, який зосереджувався на несвідомих мотивах, Александер і Дюнбар вважали, що конкретні психічні конфлікти можуть впливати на певні органи, викликаючи специфічні фізичні симптоми. Вони розробили модель, де кожна фізична хвороба пов’язана з конкретними психологічними проблемами (наприклад, болі в шлунку як симптом тривоги чи неприязні) [1; 20].

У середині XX століття психосоматична медицина почала формуватися як самостійний напрямок. Цей етап пов'язаний із працями Ганса Сельє, який ввів фундаментальне для психосоматики поняття «стрес» та довів важливість емоційного реагування організму як чинника розвитку соматичних хвороб [49]. У цей період почали формуватися перші діагностичні категорії. Важливою віх розвитку стало визнання психосоматичної природи так званої «чиказької сімки» хвороб:

Серцево-судинні (гіпертонія, ішемія);

Дихальні (астма);

Травні (виразка, неспецифічний виразковий коліт);

Шкірні (нейродерміт, кропив’янка) тощо.

Ці захворювання стали розглядатися не тільки як наслідок напруження, але й як індикатори глибинних особистісних конфліктів. Сучасна психосоматична медицина вийшла за межі класичного переліку. Так,

Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-11) включає розлади, що мають психосоматичну природу, що дозволяє лікарям коректно діагностувати ці стани [26].

Ключовими підходами до розуміння та корекції цих станів сьогодні є психотерапевтичні методи (психоаналітичний, когнітивно-поведінковий, гештальт-підхід), які орієнтовані на вирішення внутрішніх конфліктів та зміну дисфункціональних патернів реагування [22].

У психології **психосоматика** розглядається як напрямок **дослідження**, що вивчає вплив **психологічних чинників** (стрес, емоційні переживання, стресові події) на фізичне здоров'я людини. Визначення психосоматики в психології часто пов'язане з роллю неусвідомлених конфліктів та емоційних переживань у виникненні фізичних симптомів. Психосоматичні розлади включають різноманітні захворювання, такі як гіпертонія, астма, хронічний біль, розлади травлення, що можуть виникнути як реакція на психологічний стрес [17;67]. **Психосоматика** також виступає як міждисциплінарний напрямок, вивчаючи не лише взаємозв'язок психічного стану і фізіології, а й зважаючи на соціальні та культурні контексти, що можуть впливати на розвиток психосоматичних симптомів.

Когнітивно-емоційні реакції – це складна взаємодія між пізнавальними (когнітивними) процесами і емоціями, що виникають у відповідь на стресові ситуації. Вони визначають, як людина оцінює події, які викликають у неї стрес, та як емоційно реагує на них. Позитивні когнітивно-емоційні реакції можуть допомогти зберегти емоційну рівновагу і сприяти подоланню стресових ситуацій, тоді як негативні реакції можуть спричинити розвиток психосоматичних розладів [10;19;21]. Важливу роль у розвитку таких реакцій відіграють індивідуальні особливості людини, як то її механізми адаптації до стресу, емоційна стабільність та копінгові стратегії. Негативні емоції, такі як тривога, депресія, паніка, можуть викликати фізіологічні зміни, такі як порушення серцевого ритму, головний біль або проблеми з травленням [38].

Травматичний досвід – це психічний або фізичний досвід, який має

значний вплив на психічний стан людини. Це може бути як фізична травма (наприклад, нещасні випадки), так і психічна травма (пережиті стреси, емоційне насильство, переживання втрат). Психологічні наслідки травматичних подій можуть тривати тривалий час і сприяти розвитку психосоматичних захворювань, оскільки травма може залишити глибокий слід у свідомості людини [68;69]. З точки зору психосоматики, травматичний досвід може викликати **хронічний стрес**, який у свою чергу призводить до соматичних симптомів. Наприклад, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) може проявлятися у вигляді різних фізичних симптомів, таких як головний біль, проблеми з шлунком або болі в серці [10;17].

Психічний стрес – це реакція на внутрішні чи зовнішні подразники, які виявляються як загроза для психологічного або фізичного благополуччя людини. Стрес впливає не лише на психічний стан людини, але й на її фізіологічне здоров'я, викликаючи зміни в серцево-судинній системі, підвищення рівня кортизолу та інші фізіологічні реакції [41;45;49]. Тривалий психічний стрес може призвести до розвитку різних захворювань, зокрема психосоматичних розладів. Наприклад, тривога, що є однією з форм стресу, може спричинити серйозні порушення в травній або серцево-судинній системах. Роль психічного стресу в психосоматиці надзвичайно велика, адже він є одним із головних чинників, що сприяють виникненню фізичних симптомів при відсутності органічних причин [10;8;13;14].

Психосоматичні захворювання – це хвороби, для яких характерний взаємозв'язок між психічними та фізіологічними процесами, де емоційні чи психологічні чинники можуть призвести до розвитку фізичних симптомів. Ці розлади можуть охоплювати різні системи органів, від серцево-судинної до гастроентерологічної, шкірної та ендокринної системи. У підлітковому віці психосоматичні розлади можуть бути особливо вираженими через змінений емоційний фон та гормональні коливання, що супроводжують цей період розвитку.

Психосоматичні прояви часто з'являються як відповідь організму на

значний емоційний або соціальний стрес. Міжнародна класифікація хвороб (ICD-11), яка була оновлена та введена в дію Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), відіграє важливу роль у визначенні психосоматичних захворювань. Психосоматичні розлади в ICD-11 класифікуються як група захворювань, що виникають через поєднання психологічних, емоційних та соціальних чинників, що мають фізіологічні прояви. Вона визначає психосоматичні розлади як захворювання, при яких психологічний стрес або психологічні проблеми призводять до розвитку конкретних фізичних симптомів. Вони охоплюють різноманітні хвороби, зокрема:

- Соматоформні розлади, які характеризуються наявністю соматичних симптомів, що не можна пояснити медичними обстеженнями, і вони, зазвичай, є результатом емоційних або психологічних труднощів (наприклад, хронічний біль або розлади травлення).
- Стресові розлади, які включають різноманітні форми розладів, спричинених стресовими чинниками, наприклад, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).
- Кардіоваскулярні захворювання, що часто мають психосоматичну природу, такі як гіпертонія або ішемічна хвороба серця, що можуть бути значно посилені стресом або тривожними розладами.

Згідно з ICD-11, психосоматичні захворювання є різноманітними і включають як відомі захворювання, так і нові категорії, які були виділені на основі наукових досліджень останніх десятиліть. В Україні науковці активно досліджують психосоматику, зокрема в рамках медичних університетів та психологічних досліджень. В Україні також проводяться **дослідження**, які включають вивчення механізмів виникнення психосоматичних захворювань на основі стресових ситуацій, психологічних травм та соціальних чинників. За визначенням науковців Українського науково-дослідного інституту психіатрії та неврології, психосоматичні захворювання — це фізичні хвороби, які не мають виражених органічних причин і є результатом психологічного чи

емоційного стресу, внутрішніх конфліктів або травм [39]. Психосоматичні захворювання включають низку розладів, таких як депресія, хронічний біль, гастроінтестинальні розлади, серцево-судинні захворювання, порушення сну та інші розлади, що можуть виникнути в результаті хронічного стресу. Психосоматичні розлади не обмежуються лише біологічними або психологічними чинниками, а також включають в себе соціокультурні аспекти, які відіграють важливу роль у розвитку таких захворювань. Українські дослідники також звертають увагу на те, що соціальні чинники, такі як економічна нестабільність, соціальна ізоляція, важкі життєві обставини, можуть бути важливими чинниками виникнення психосоматичних захворювань. Наприклад, **дослідження** показують, що робочий стрес, соціальний тиск, економічна депресія або низький рівень соціальної підтримки можуть викликати розвиток серйозних фізичних порушень, таких як гіпертонія, інфаркти, інсульти або хвороби шлунка [10;59].

Узагальнюючи теоретичні підходи до проблеми, важливо окреслити ключові феномени, що визначають динаміку психосоматичних розладів у підлітковому віці. Центральне місце у розумінні механізму соматизації посідає поняття алекситимії — нездатності особистості до вербалізації емоційних станів, що створює підґрунтя для їх тілесного вираження. Важливою умовою подолання цього стану є нозогнозія, тобто адекватне усвідомлення пацієнтом зв’язку між психікою та тілесною хворобою.

Процес одужання у цьому контексті розглядається через призму десоматизації — трансформації тілесних симптомів назад у психічний досвід через усвідомлення. Успішність цього процесу залежить від сформованості адаптивних копінг-стратегій (coping behavior) — поведінкових та когнітивних зусиль для подолання стресу. У випадку ж неефективної адаптації та тривалого впливу травмуючих чинників виникає ризик формування вивченої безпорадності, коли підліток втрачає віру у можливість впливати на власний стан, що закріплює хворобу. Детальніше механізми виникнення цих станів та їх фізіологічне підґрунтя розглянемо у наступному підрозділі.

1.2. Генеза та механізми формування психосоматичних проявів у підлітковому віці

Психосоматичні прояви у підлітковому віці формуються внаслідок складної **взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників**. Однією з ключових концепцій у розумінні механізмів виникнення психосоматичних розладів є теорія стресу Ганса Сельє, який запропонував модель загального адаптаційного синдрому (ЗАС). Згідно з цією теорією, організм реагує на стрес у три послідовні фази, виснаження яких призводить до хвороби [1; 49].

Стрес розглядається як фізіологічний та психологічний стан, що виникає у відповідь на фактори, які перевищують здатність організму до адаптації. Тривалий стрес (дистрес), зумовлений подіями або внутрішніми переживаннями, запускає патологічні механізми. З точки зору психосоматики, стрес змінює фізіологічні процеси, активуючи нейроендокринну систему. Зокрема, він викликає підвищене вироблення кортизолу, що впливає на функціонування органів і систем [11]. Постійне психологічне напруження може спричинити стійкі порушення в системах організму:

- у серцево-судинній системі це призводить до артеріальної гіпертензії;
- у травній системі — до виразкової хвороби шлунка;
- у дихальній — до астматичних проявів [15; 29; 48; 52].

Нервова система є основним регулятором всіх психофізіологічних процесів в організмі, і її порушення можуть бути безпосередньо пов’язані з виникненням психосоматичних розладів. Нейромедіатори, такі як серотонін, дофамін, норадреналін і гаммааміномасляна кислота (ГАМК), відіграють вирішальну роль у регуляції настрою, емоційних станів і фізіологічних реакцій організму [44;59]. Порушення балансу нейромедіаторів можуть сприяти розвитку психосоматичних захворювань, оскільки вони впливають на функціонування як центральної нервової системи, так і органів, що регулюються цією системою. Наприклад, дефіцит серотоніну може бути

пов’язаний з депресивними станами та гастроінтестинальними розладами, а порушення в системі норадреналіну можуть бути пов’язані з тривожними розладами, які супроводжуються соматичними симптомами, такими як тахікардія, запаморочення чи біль у грудях [34;38]. Роль нейропептидів, зокрема кортизолу, який є головним гормоном стресу, в психосоматичних розладах також є надзвичайно важливою. Високий рівень кортизолу в організмі може порушувати регуляцію імунної системи, що призводить до запальних процесів, що супроводжуються фізіологічними симптомами [54;56].

Існує тісний взаємозв’язок між нервовою, ендокринною та імунною системами, який відіграє важливу роль у розвитку психосоматичних розладів. Стрес, як психоемоційний чинник, впливає на функціонування всіх цих систем. Стимулюючи гіпоталамогіпофізарно-адреналовий механізм, стресові ситуації активують ендокринну систему, збільшуючи вироблення кортизолу, що, у свою чергу, порушує баланс імунної системи. Це може призводити до зниження імунної відповіді, підвищення вразливості до інфекцій та розвитку запальних процесів [34;66;70]. Нервова система через зв’язки з ендокринною та імунною системами формує так званий «біологічний відбиток» стресу в організмі. У стані стресу активація симпатичної нервової системи призводить до підвищення рівня катехоламінів (адреналіну, норадреналіну), які, взаємодіючи з гормонами стресу, порушують нормальне функціонування органів, що супроводжується розвитком психосоматичних симптомів, таких як головний біль, розлади травлення, порушення серцево-судинної діяльності тощо [22;23]. Психосоматичні розлади можуть бути також пов’язані з порушенням функцій імунної системи, особливо у випадку хронічного стресу. Дослідження показали, що довготривалий стрес може викликати зниження функціональної активності імунної системи, що, в свою чергу, може призвести до розвитку аутоімунних захворювань або загострення вже існуючих [32].

Однією з ключових концепцій, що пояснює механізми їх виникнення, є теорія стресу Ганса Сельє, згідно з якою організм реагує на будь-який

надмірний вплив через модель загального адаптаційного синдрому (ЗАС). Ця модель включає три фази:

- тривога — початкова мобілізація ресурсів у відповідь на стресор;
- опір — адаптація до стресу за рахунок внутрішніх резервів;
- виснаження — зниження здатності до адаптації, що може призвести до соматичних порушень.

У підлітковому віці, який сам по собі є періодом підвищеної вразливості через гормональні, емоційні та соціальні зміни, дія хронічного стресу – зокрема, спричиненого війною – значно підвищує ризик розвитку психосоматичних реакцій. У цьому контексті особливого значення набуває вивчення адаптаційних механізмів, таких як емоційна грамотність, соціальна підтримка, **нейропластичність**, а також **десоматизація** як процес переходу від тілесного до усвідомленого емоційного реагування.

Психосоматичні прояви виявляються через фізичні симптоми, що не мають органічного підґрунтя, але обумовлені психологічними чинниками. Зокрема, головний біль напруги може свідчити про **хронічний стрес** та емоційне перенапруження, що, своєю чергою, відображає неможливість людини конструктивно опрацювати внутрішні конфлікти або емоційні потрясіння [10;18]. Порушення травлення, зокрема синдром подразненого кишечника, часто корелюють з емоційним стресом, тривожністю та пригніченими емоціями. Це підтверджує психосоматичну природу таких розладів, де шлунково-кишковий тракт стає своєрідною «ареною» для **соматизації** внутрішніх переживань [10;8;20]. Окрім того, болі в спині можуть бути наслідком хронічного стресу, коли напруження у м’язах перетворюється на стабільний соматичний симптом. У цьому контексті психологічний дисбаланс призводить до порушення роботи опорно-рухового апарату, що ще раз підкреслює нерозривний зв’язок між психічним станом та фізіологією [10;52].

Серцево-судинні прояви у цьому віці часто зумовлені явищем гетерохронії розвитку — коли ріст серця та судин не встигає за загальним

ростом тіла. На тлі стресу це фізіологічне напруження переростає у функціональні розлади (тахікардію, стрибки тиску), які часто діагностуються як вегето-судинна дистонія. Психосоматичні серцево-судинні захворювання виникають, коли стрес, тривога або депресія стають причиною підвищення артеріального тиску, порушення серцевого ритму. За даними досліджень, довготривалий стрес може активувати симпатичну нервову систему, підвищуючи рівень адреналіну і норадреналіну, що, в свою чергу, підвищує артеріальний тиск і може призвести до аритмій, гіпертонії або коронарної хвороби серця [7;3;49]. **Дослідження** показують, що люди з високим рівнем стресу мають підвищений ризик розвитку серцево-судинних захворювань. Психосоматичні порушення серцевосудинної системи зазвичай пов’язані з хронічним стресом, депресією та психоемоційною напругою, що можуть викликати спазми судин та підвищення кров’яного тиску [67;68].

Травна система підлітків є вкрай вразливою через нестабільність вегетативної нервової системи. Емоційні переживання, такі як страх перед іспитами або конфлікти з однолітками, часто соматизуються саме через шлунково-кишковий тракт ("ведмежа хвороба", спазми), оскільки ця система тісно пов'язана з емоційним центром мозку. Стрес і психоемоційні порушення можуть викликати різноманітні гастроентерологічні розлади, такі як гастрит, виразка шлунка, синдром подразненого кишечника та інші. Психологічний стрес має здатність змінювати роботу шлунково-кишкового тракту через вплив на рівень шлункової кислоти, зниження перистальтики кишечника та порушення мікробіому. Існують численні **дослідження**, які вказують на те, що стресові ситуації значно підвищують ймовірність виникнення гастроентерологічних захворювань. Особливо це стосується людей, які мають схильність до тривожності та депресії. Це може призвести до порушень в роботі шлунково-кишкового тракту, що виражається в болях, здутті, діареї чи запорах [42;52;70;].

У підлітковому віці шкіра стає однією з головних "мішеней" психосоматичного реагування. Через активну гормональну перебудову та

підвищену чутливість до власної зовнішності (образу тіла), будь-який емоційний стрес миттєво відображається на стані шкірних покривів, провокуючи загострення акне або нейродерміту. Психологічні стресори активують імунну систему, що може призвести до запальних процесів в шкірі. Наприклад, у людей, схильних до стресу, частіше спостерігається загострення псоріазу, який, за словами дослідників, є реакцією організму на стрес [10]. Психосоматичні шкірні захворювання можуть виникати через активацію нейроендокринних механізмів, які безпосередньо впливають на шкіру. Стрес викликає виділення гормонів стресу, таких як кортизол, що може порушити баланс між імунною системою і шкірою, що спричиняє запальні процеси та розвиток хронічних захворювань шкіри [66;68].

Психосоматичні порушення можуть стосуватися і ендокринної системи, зокрема гормональних порушень, які виникають у результаті тривалого стресу. Наприклад, стрес може впливати на роботу щитоподібної залози, що призводить до розвитку гіпотиреозу або гіпертиреозу. Порушення в роботі гіпофізу можуть також призвести до дисфункції надниркових залоз, що в свою чергу, може призвести до розвитку таких захворювань, як синдром Кушинга або хвороба Аддісона. Неврологічний та емоційний стрес можуть знижувати рівень важливих гормонів, таких як інсулін, що призводить до розвитку цукрового діабету, або порушувати нормальну секрецію кортизолу, що може викликати проблеми зі здоров'ям, включаючи підвищену вразливість до інфекцій, порушення сну та зміни ваги [10;11;59;60;66;78].

У підлітковому віці психосоматичні порушення можуть бути особливо вираженими через змінений емоційний фон, гормональні коливання та підвищену чутливість до стресових ситуацій. У цей період організм підлітка активно розвивається, що може призводити до підвищеної сприйнятливості до стресових чинників. Емоційні стресори, такі як проблеми в стосунках з однолітками, труднощі в сім'ї, неуспіхи в навчанні, часто є основними причинами розвитку психосоматичних захворювань у підлітків. Підвищений рівень стресу може спричиняти фізіологічні зміни в організмі підлітка, такі як

головний біль, порушення травлення, проблеми зі сном та болі в спині. Важливою особливістю підліткових психосоматичних захворювань є те, що вони часто мають тимчасовий характер, але можуть переходити в хронічну форму, якщо не отримають своєчасного лікування [10;60;66]. **Дослідження** показують, що психосоматичні розлади у підлітків найчастіше проявляються через гастроентерологічні та серцево-судинні симптоми, а також через емоційну лабільність та депресивні стани. Таким чином, важливою є не лише медична, але й психологічна підтримка підлітків, оскільки вона може допомогти зменшити вплив стресових чинників на фізичне здоров'я [43;44;68]. **Біопсихосоціальна модель захворювань** є інтеграційним підходом, який пояснює виникнення та розвиток хвороб як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. Цю модель запропонував американський психіатр і вона відображає взаємозв'язок між різними аспектами людського життя, які можуть впливати на здоров'я та сприяти розвитку психосоматичних розладів [75]. Біологічний аспект передбачає фізіологічні процеси в організмі, такі як порушення функцій органів чи систем, генетична схильність до певних захворювань або порушення обміну речовин, що можуть спричинити психосоматичні розлади. Психологічний аспект включає емоційний стан, стрес, внутрішні конфлікти, психологічні травми та інші психологічні чинники, які можуть призвести до розвитку фізичних симптомів. Цей аспект дозволяє враховувати особливості особистості, стресові стани, рівень тривожності чи депресії, що можуть мати прямий вплив на фізичне здоров'я.

Десоматизація — це складний психотерапевтичний процес, що полягає у поступовому переході від тілесного (соматичного) вираження емоцій до їх усвідомлення, вербалізації та інтеграції в особистісну структуру. Вона є зворотним процесом до **соматизації**, коли психічні конфлікти, емоційні переживання або травматичний досвід проявляються через тілесні симптоми.

Процес десоматизації умовно поділяється на кілька послідовних етапів:

1. Усвідомлення тілесних симптомів

2. На початковому етапі індивід починає звертати увагу на наявність тілесного дискомфорту, який раніше міг ігноруватися або інтерпретуватися виключно як фізичне захворювання. Важливим є усвідомлення того, що тілесні симптоми можуть мати психогенне походження.

3. Пошук психологічного змісту симптомів

Наступним кроком є ідентифікація можливих психологічних причин тілесних проявів. Це може відбуватися як у процесі саморефлексії, так і в межах психотерапевтичної взаємодії. Симптом розглядається як символічне вираження внутрішнього конфлікту, витіснених емоцій або незадоволених потреб.

4. Вербалізація емоційного досвіду

Ключовим моментом десоматизації є здатність особистості вербалізувати власні емоції. Це означає перехід від «мови тіла» до «мови слів», що дозволяє знизити інтенсивність симптомів через їх усвідомлення та проговорення.

5. Проживання та інтеграція емоцій

Після вербалізації важливою є фаза проживання емоцій — дозволити собі відчути, прийняти та інтегрувати їх у власний досвід. Це сприяє зниженню внутрішньої напруги та зменшенню потреби у соматичному вираженні психічного дискомфорту.

6. Формування нових копінг-стратегій

Завершальний етап **десоматизації** полягає у формуванні нових, більш адаптивних способів реагування на стресові ситуації. Особа вчиться розпізнавати та виражати свої емоції конструктивно, не вдаючись до тілесного реагування. Таким чином формується не лише зменшення, або зникнення соматичних симптомів, але й глибоким внутрішнім перетворенням, що сприяє розвитку емоційної зрілості, підвищенню рівня усвідомлення та покращенню психосоматичного здоров’я.

Соціальний аспект стосується соціальних умов життя, взаємин у родині, колективі, культурних і соціальних норм, що можуть впливати на стан

здоров’я. Особливо це стосується підліткового віку, коли важливим є соціальне оточення та рівень підтримки з боку оточення, що має значення для розвитку психосоматичних розладів. Цей підхід є особливо важливим у психосоматичній медицині, оскільки дозволяє розглядати пацієнта не тільки як біологічну одиницю, але і як соціально та психологічно орієнтовану особистість. Важливим аспектом є також інтеграція всіх цих чинників в процесі лікування та реабілітації пацієнта. **Дослідження** показують, що врахування **біопсихосоціальної моделі** дозволяє досягти більш ефективних результатів в лікуванні психосоматичних розладів, адже зменшується ймовірність того, що лікування буде спрямоване лише на фізичні симптоми без врахування глибинних психологічних або соціальних причин[55].

Важливим доповненням до **біопсихосоціального підходу** є **нейропсихологічна модель** регуляції здоров'я [59]. Згідно з класичними уявленнями, психосоматичне здоров'я залежить від злагодженої роботи трьох функціональних блоків мозку: енергетичного (регуляція тонусу), блоку прийому інформації та блоку програмування і контролю. В умовах війни у підлітків часто страждає перший (енергетичний) блок, що призводить до **виснаження** та соматичних збоїв [60].

Сучасна **нейропсихологія**, зокрема Полівагальна теорія Стівена Порджеса , пояснює механізм **соматизації** через роботу блукаючого нерва. В ситуації хронічної загрози (війна) замість системи соціальної залученості активується давня система «завмирання» (дорсальний вагусний комплекс), що проявляється у брадикардії, проблемах з ШКТ та загальному фізичному заціпенінні [61]. Ця модель дозволяє розглядати психосоматичні симптоми не як "поломку", а як адаптивну реакцію нервової системи на небезпеку. **У контексті хронічного стресу**, спричиненого війною, особливої актуальності набуває вивчення **нейропластичності** — здатності головного мозку змінювати свою структуру та функціонування у відповідь на зовнішні впливи, зокрема стресові чинники. Нейропластичність є ключовим біологічним механізмом адаптації, що забезпечує гнучкість нервової системи та її здатність

до відновлення після психотравмуючих подій [83; 86; 87]. Розглянувши внутрішні біологічні механізми соматизації, доцільно проаналізувати зовнішні тригери, що запускають ці процеси, зокрема вплив стресу, травматичного досвіду та соціального середовища, про що йтиметься далі.

1.3. Чинники, що сприяють виникненню психосоматичних реакцій у підлітків: стрес, соціальні чинники, травматичний досвід.

Стрес є **важливим чинником**, що викликає зміни у фізіологічних та психологічних процесах, які можуть сприяти розвитку психосоматичних розладів. Стресові ситуації стимулюють активацію симпатоадреналової системи, що веде до підвищення рівня кортизолу та адреналіну, гормонів, які активізують фізіологічні реакції організму. Відповідно до цього, стрес може викликати фізичні симптоми, такі як головний біль, проблеми з травленням, артеріальний тиск та інші соматичні прояви [59;60;66;78]. Крім того, стресові ситуації і травматичний досвід можуть призводити до порушень адаптаційних механізмів організму.

Важливою є роль хронічного стресу, який може бути викликаний постійними соціальними чи психологічними чинниками, що сприяють розвитку захворювань, таких як депресія, гастрит, астма або хвороби серця. Взаємозв’язок між стресовими ситуаціями та соматичними симптомами підтверджується численними **дослідженнями**, що демонструють, як стрес може бути чинником ризику для розвитку різних фізичних захворювань [52]. Когнітивні та емоційні процеси відіграють вирішальну роль у розвитку психосоматичних розладів. Негативні емоції, такі як тривога, депресія, гнів або постійне переживання стресових ситуацій, можуть призвести до порушень нормального функціонування організму. Когнітивні процеси, які включають сприйняття ситуації, оцінку її значущості та реакції на неї, також мають великий вплив на фізичне здоров’я. Наприклад, при хронічному стресі у людини може змінюватися стиль мислення, що призводить до постійного негативного оцінювання ситуацій, що відбуваються. Такий стиль мислення,

зокрема катастрофізація (перебільшення негативних аспектів ситуації), може підвищити рівень стресу, викликаючи соматичні симптоми. Психологічні стани, як тривога, депресія або панічні атаки, можуть бути пов'язані з розвитком таких захворювань, як гіпертонія, шлункові виразки, проблеми з серцем або порушення травлення [50].

Згідно з теорією **загального адаптаційного синдрому Ганса Сельє,** тривалий стрес призводить до **виснаження** адаптаційних резервів організму. Проте саме **нейропластичні** процеси можуть виступати буфером, що дозволяє мозку адаптуватися до нових умов, формувати нові нейронні зв'язки, змінювати патерни реагування та знижувати інтенсивність психосоматичних проявів. Дослідження показують, що **хронічний стрес** змінює функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (HPA-axis), що впливає на рівень кортизолу, структуру гіпокампу, мигдалеподібного тіла та префронтальної кори — зон, відповідальних за емоційну регуляцію, пам'ять і прийняття рішень [80]. У підлітковому віці, коли мозок ще активно розвивається, ці зміни можуть мати як негативні наслідки (підвищена тривожність, імпульсивність, соматичні симптоми), так і потенціал для відновлення за умови наявності підтримки та сприятливого середовища. Психотерапевтичні втручання, зокрема когнітивно-поведінкова терапія, майндфулнес-практики, тілесно-орієнтовані методики, сприяють позитивній **нейропластичності** — формуванню нових адаптивних нейронних шляхів, що знижують рівень стресу, покращують емоційну регуляцію та зменшують психосоматичні прояви. Таким чином, **нейропластичність** є не лише нейробіологічним явищем, а й фундаментом для психологічного зростання та відновлення в умовах тривалого стресу.

Травматичний досвід, як основний чинник, через які психологічні стресори можуть проявлятися через фізіологічні симптоми. Як зазначалося в п. 1.2, вплив стресорів реалізується через активацію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, що призводить до системних змін у роботі організму. Зокрема, травматичний досвід часто маніфестує через порушення серцево-

судинної та травної систем, механізми ураження яких детально розглянуто вище. Механізм психосоматичних реакцій також включає вплив когнітивних та емоційних чинників, таких як відчуття безпорадності, низький рівень емоційної регуляції або негативне мислення, які можуть посилювати фізичні симптоми стресу. Наприклад, інтерпретація фізіологічних симптомів як загрозливих може призвести до їх погіршення (наприклад, коли людина відчуває біль у грудях і починає панікувати, що це ознаки серцевого нападу) [4;61].

Важливим аспектом розвитку психосоматичних розладів є вплив **соціальних чинників.** Зміни в соціальному середовищі, сімейні конфлікти, надмірне навантаження на роботі або навчанні виступають потужними стресорами. Саме соціальний контекст часто стає першопричиною хронічного напруження, яке згодом трансформується у тілесний симптом. Відповідно, зміна соціальної підтримки та покращення мікроклімату в оточенні пацієнта розглядається як важливий елемент профілактики та терапії.

Серед **соціальних стресорів** особливе місце посідає соціальна ізоляція. Вона є однією з основних причин розвитку депресії, тривожних розладів та соматичних симптомів. Відсутність соціальної підтримки і контактів призводить до активації стресових механізмів і розвитку фізичних захворювань, таких як проблеми зі шкірою, головний біль, порушення сну [57; 58; 71]. Значний вплив мають сімейні чинники. Конфлікти в родині, постійна емоційна напруга, сварки та непорозуміння між батьками викликають у дитини тривожні стани, які маніфестують у вигляді болів у животі, головного болю та порушень травлення [79]. Батьки можуть бути як джерелом підтримки, так і джерелом стресу: негативні взаємини, надмірна вимогливість, відсутність емоційної підтримки або, навпаки, гіперопіка можуть призвести до розвитку тривожних розладів, депресії та соматичних захворювань [26; 32].

Важливим середовищем є школа. Вчителі мають безпосередній вплив на емоційний стан учнів. Постійні зауваження, соціальна ізоляція в класі або жорстке ставлення педагогів можуть спричиняти стрес у підлітків, що

призводить до розвитку депресивних станів, тривожності та соматичних проблем [30; 59]. Однолітки є важливими впливами у житті підлітків. Булінг, конкуренція та соціальна ізоляція можуть призвести до серйозних психосоматичних проблем. Підлітки, які не мають підтримки з боку своїх однолітків або відчувають соціальну нерівність, можуть розвивати симптоми тривоги, депресії та інші психосоматичні порушення, такі як болі в животі, головний біль та проблеми зі шкірою [12; 13; 41; 86].

Водночас, у структурі адаптаційних ресурсів особистості важливе місце посідає соціальна підтримка — система міжособистісних зв'язків, що забезпечує людині емоційну, інформаційну та інструментальну допомогу. У контексті хронічного стресу, зокрема спричиненого війною, соціальна підтримка виступає буфером, який знижує негативний вплив стресових чинників на психіку та соматичне здоров'я [66]. Дослідження теоретичних джерел показують, що наявність стабільних соціальних зв'язків — з родиною, друзями, педагогами, волонтерами — асоціюється з нижчим рівнем психосоматичних симптомів, зокрема головного болю, порушень сну, шлунково-кишкових розладів, серцево-судинних реакцій [77; 91; 92; 93]. Соціальна підтримка сприяє зниженню тривожності, депресивних проявів та емоційного виснаження, що є ключовими тригерами соматизації.

У підлітковому та юнацькому віці, коли особистість перебуває на етапі формування ідентичності та емоційної автономії [75], соціальна підтримка виконує компенсаторну функцію, допомагаючи зберігати відчуття безпеки, приналежності та сенсу. Це особливо важливо в умовах війни, коли молодь часто стикається з втратою звичного середовища, розлукою з близькими, невизначеністю майбутнього. Соціальна підтримка також сприяє десоматизації, оскільки створює умови для вербалізації емоцій. У цьому контексті важливими є:

- емоційна підтримка (співпереживання, прийняття);
- інформаційна підтримка (роз'яснення, поради);
- інструментальна підтримка (конкретна допомога, ресурси);

- оцінна підтримка (визнання, позитивна зворотна реакція).

Соціальна підтримка є критичним чинником збереження психосоматичного здоров'я в умовах хронічного стресу. Її наявність підвищує ефективність адаптаційних механізмів, знижує ризик розвитку психосоматичних розладів та сприяє формуванню стійкості до стресу.

Окремим потужним чинником соматизації виступає **академічний стрес**. Високе навчальне навантаження та конкурентне середовище призводять до виснаження адаптаційних резервів підлітка, що клінічно проявляється розладами сну та серцево-судинними реакціями [84]. Цей вплив часто посилюється через завищені вимоги з боку значущих дорослих. Так, надмірна вимогливість батьків щодо успішності та директивний, критичний стиль спілкування вчителів створюють атмосферу постійного психологічного тиску. Перебування в стані хронічної тривоги через страх не виправдати очікувань стає пусковим механізмом для розвитку головного болю напруги, шлункових спазмів та інших вегетативних порушень [35; 53; 57; 80; 81].

Соціальна ізоляція — чинник, що безпосередньо впливає на фізіологічні і психологічні процеси в організмі. Під впливом тривалої самотності і відсутності соціальних зв'язків зменшується здатність організму справлятися зі стресом. Це може призвести до розвитку тривожних розладів, депресії та соматичних симптомів, таких як головний біль, порушення сну, проблеми з травною системою [4;81]. Конфлікти в родині можуть мати величезний вплив на розвиток психосоматичних захворювань у підлітків. Постійні сварки, емоційна нестабільність батьків, відсутність підтримки з боку сім'ї є потужними стресорами. Вони сприяють розвитку депресії, тривожних розладів, а також можуть призводити до соматичних проявів, таких як болі в животі, головний біль, порушення сну [65;68]. Одним з важливих аспектів є також емоційне ставлення до дитини з боку батьків — надмірна вимогливість або, навпаки, недостатня увага можуть викликати відчуття неповноцінності, що спричиняє розвиток психосоматичних проблем. Академічний стрес, спричинений високими вимогами навчання, конкуренцією

між однолітками та необхідністю виконувати завдання в умовах обмеженого часу, стає важливим чинником виникнення психосоматичних розладів серед підлітків та молоді. Постійне психологічне навантаження та тиск з боку вчителів, однокласників або батьків можуть призвести до порушень, таких як головний біль, болі в шлунку, втома, порушення сну і навіть серцево-судинні захворювання [56].

Психоемоційний стрес, що виникає в умовах навчального середовища, в поєднанні з особистими переживаннями підлітка може призводити до розвитку серйозних психосоматичних порушень. Роль батьків, вчителів і однолітків у розвитку психосоматичних розладів у підлітків є надзвичайно важливою. Саме вони формують основи емоційного благополуччя дитини в період її психічного розвитку. Підлітковий вік є критичним періодом для розвитку самосвідомості і формування відносин з іншими людьми, тому негативний вплив оточення може сприяти розвитку психосоматичних проблем. У сучасних умовах, коли підлітки та студенти перебувають під впливом **тривалого стресу**, зумовленого як віковими особливостями розвитку, так і зовнішніми чинниками (зокрема війною), емоційна грамотність виступає одним із ключових ресурсів адаптації. Вона охоплює здатність особистості усвідомлювати, розпізнавати, називати, виражати та регулювати власні емоції, що є критично важливим для збереження психосоматичної рівноваги (Saarni, 1999). Згідно з **концепцією загального адаптаційного синдрому Ганса Сель**є, організм у стані стресу мобілізує ресурси для подолання загрози. Якщо ж емоції не усвідомлюються, не вербалізуються та не інтегруються в психічний досвід, адаптаційні механізми порушуються, що призводить до **виснаження** та соматичних проявів. У цьому контексті **емоційна грамотність** є чинником, що сприяє ефективній **десоматизації** — переходу від тілесного до психологічного рівня опрацювання емоцій.

Розвиток емоційної грамотності дозволяє:

- знижувати рівень алекситимії;
- підвищувати стресостійкість;

- формувати здорові копінг-стратегії;
- зменшувати ризик психосоматичних розладів;
- активізувати внутрішні ресурси особистості.

Особливої актуальності це набуває в роботі з **підлітками та студентами**, які часто не мають сформованих навичок емоційної регуляції. Психоосвітні програми, тренінги емоційної компетентності, арт-терапія, тілесно-орієнтовані практики та майндфулнес-техніки є ефективними інструментами розвитку емоційної грамотності в молодіжному середовищі. Таким чином, емоційна грамотність є не лише засобом профілактики **алекситимії** та психосоматичних розладів, а й фундаментом психологічної адаптації в умовах хронічного стресу. Її розвиток сприяє формуванню цілісної, стійкої до стресу особистості, здатної до саморегуляції та збереження психофізіологічного здоров'я навіть у кризових умовах.

У контексті загального адаптаційного синдрому Ганса Сельє [49], **десоматизація** може розглядатися як прояв фази опору, коли організм мобілізує ресурси для подолання стресу. Подолання цих чинників можливе через механізми десоматизації, описані в п. 1.2. Якщо на цьому етапі особа здатна усвідомити джерело стресу, вербалізувати емоції та знайти внутрішні або зовнішні ресурси підтримки, відбувається зниження соматичних симптомів і поступове відновлення гомеостазу.

У підлітковому віці, коли емоційна регуляція ще не є стабільною, а когнітивні механізми опрацювання стресу лише формуються Виготський, **десоматизація** може бути ускладненою. Проте саме в цьому віці формуються основи психологічної стійкості, і підтримка процесу **десоматизації** через психотерапевтичні інтервенції (наприклад, тілесно-орієнтовану терапію, арт-терапію, майндфулнес-практики) може стати важливим чинником адаптації до хронічного стресу, ознакою психічного здоров'я, а також індикатором ефективності адаптаційних процесів в умовах тривалого стресового впливу, зокрема в умовах війни. Її наявність свідчить про здатність особистості до саморефлексії, емоційної обробки досвіду та збереження психосоматичної

рівноваги.

Висновки до розділу 1

Теоретичний аналіз літератури показав, що **психосоматика** у психології розглядається як міждисциплінарний напрям, який досліджує взаємозв'язок психічних процесів із соматичними проявами. Її розвиток охоплює широкий спектр підходів — від класичних психоаналітичних концепцій до сучасних **біопсихосоціальних і нейропсихологічних моделей**, що пояснюють механізми впливу емоцій, стресу та когнітивних процесів на тілесне здоров'я.

Взаємозв'язок між нервовою, ендокринною та імунною системами є ключовим аспектом психосоматичної медицини. Психологічний стрес впливає на ці системи, спричиняючи як короткострокові, так і довготривалі фізіологічні зміни, що супроводжуються соматичними симптомами. Розуміння цих механізмів є важливим для ефективного лікування та профілактики психосоматичних розладів.

Соціальні стресори, такі як соціальна ізоляція, конфлікти в родині та академічний стрес, суттєво впливають на психічне і фізичне здоров'я підлітків. Вплив батьків, вчителів та однолітків може бути як підтримуючим, так і деструктивним. Врахування соціальних чинників є необхідним для розробки профілактичних і терапевтичних стратегій.

Психосоматика у психології вивчає взаємозв'язок між психічними процесами та фізіологічними змінами. Вона має глибоке історичне коріння, починаючи від Гіппократа, через психоаналітичні концепції Зигмунда Фройда до сучасних біопсихосоціальних моделей. Сучасні **дослідження** приділяють увагу стресу, когнітивним і емоційним процесам, а також нейробіологічним і психофізіологічним механізмам.

Діагностика психосоматичних захворювань потребує комплексного підходу, що поєднує класичні методи медичного обстеження та сучасні психотерапевтичні інтервенції. Методи когнітивно-поведінкової, психодинамічної терапії та релаксаційні техніки довели свою ефективність у

зменшенні психічних і фізичних симптомів.

Подальший розвиток психосоматичної медицини орієнтується на інтеграцію нейропсихологічних підходів та біоінформатичних технологій, що відкривають нові можливості для діагностики та лікування. Програми профілактики психосоматичних проявів серед підлітків повинні враховувати вплив сім'ї, школи та медичних установ на психічне здоров'я молоді, що є ключовим у запобіганні розвитку стресових і психосоматичних порушень. **Ключовим механізмом формування** психосоматичних розладів є стрес, який, згідно з теорією загального адаптаційного синдрому Ганса Сельє, проходить три фази: тривоги, опору та **виснаження**. У разі тривалого або хронічного стресу, особливо в умовах війни, організм переходить у фазу **виснаження**, що супроводжується порушенням функціонування нервової, ендокринної та імунної систем, спричиняючи соматичні симптоми [49].

Особливо вразливою до впливу стресу є підліткова та юнацька вікова група, оскільки в цей період відбувається активне формування емоційної регуляції, ідентичності та соціальних зв'язків. Соціальні чинники — ізоляція, конфлікти в родині, нестабільність середовища, академічний тиск — значно підвищують ризик розвитку психосоматичних реакцій. Водночас, соціальна підтримка (з боку родини, однолітків, педагогів) виконує буферну функцію, знижуючи інтенсивність стресу та сприяючи адаптації.

Важливим **адаптаційним** механізмом є **десоматизація** — процес переходу від тілесного вираження емоцій до їх усвідомлення та вербалізації. Вона є індикатором психологічної зрілості та ефективної емоційної регуляції. У підлітковому віці **десоматизація** може бути ускладненою через **алекситимію** — нездатність розпізнавати та виражати емоції, що часто супроводжує психосоматичні прояви. Сучасні **дослідження** підкреслюють роль **нейропластичності** як біологічної основи адаптації до стресу. Здатність мозку змінюватися у відповідь на досвід, зокрема через психотерапевтичні інтервенції, дозволяє формувати нові адаптивні стратегії реагування та знижувати соматичні симптоми. Таким чином, формування та розвиток

психосоматичних проявів у підлітковому віці є результатом взаємодії стресових чинників, індивідуальних психологічних особливостей та соціального контексту. Розуміння цих механізмів створює основу для розробки практичних рекомендацій і психокорекційних підходів, спрямованих на підтримку психічного та соматичного здоров’я молоді в умовах хронічного стресу.

РОЗДІЛ 2
МЕТОДОЛОГІЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У ПІДЛІТКІВ ТА ЮНАКІВ

2.1. Організація, методики та процедура дослідження психосоматичних проявів у підлітків та юнаків

Метою емпіричного **дослідження** є виявити особливості прояву та розвитку психосоматичних реакцій у підлітків і юнаків. А також обгрунтування практичних технік, що можуть бути використані в закладах освіти для підтримки та адаптації молоді в умовах підвищеного стресового навантаження

Для досягнення мети сформульовані такі завдання дослідженння,

1. Окреслити теоретичні підходи до розуміння психосоматичних реакцій у підлітковому та юнацькому віці.
2. Описати вибірку **дослідження** та методики, застосовані для збору й обробки емпіричних даних.
3. Визначити рівень та описові характеристики психосоматичних проявів серед підлітків і юнаків.
4. Емпірично проаналізувати вікові, гендерні та соціально-психологічні чинники, пов’язані з психосоматичними реакціями.
5. Розробити практичні рекомендації та запропонувати техніки для підтримки й адаптації молоді в умовах підвищеного стресу.

Для вирішення визначеної мети та поставлених завдань у дослідженні було використано комплекс методів, що включав теоретичні, емпіричні та соціологічні підходи. У дослідженні взяли участь 158 респонденти, серед яких були підлітки та студенти віком від 11 до 25 років. За гендерною ознакою вибірка розподілилася наступним чином: 60,8 % – особи жіночої статі та 39,2 % – особи чоловічої статі.

До теоретичних методів належали: аналіз, узагальнення, систематизація та інтерпретація наукових джерел. Використання методів теоретичного рівня

дало змогу чітко визначити проблему **дослідження**, конкретизувати його об’єкт і предмет, сформулювати гіпотезу, мету й завдання. Аналіз науково-теоретичної літератури дозволив опрацювати матеріали вітчизняних та зарубіжних джерел із питань теорії, методики, організації, мотивів і факторів розвитку психосоматичних розладів у підлітковому та юнацькому віці. На підготовчому етапі було визначено мету, завдання та об’єкт **дослідження**, сформовано вибірку респондентів та обрано валідні психодіагностичні інструменти, що дозволяють виявити рівень психосоматичної схильності, характер соматичних скарг, а також емоційно-психологічний стан досліджуваних.

Дослідження проводилось в 3 етапи. Послідовний опис етапів проведення і підготовки емпіричної частини дослідження:

1. Підготовчий етап (лютий — травень 2025 року)

На цьому етапі було проведено:

- теоретичний аналіз сучасних українських та міжнародних джерел щодо психосоматичних реакцій у підлітків у контексті хронічного стресу та умов війни;
- уточнення мети, завдань, об’єкта та предмета дослідження;
- добір, адаптація та апробація інструментарію дослідження;
- узгодження етичних вимог та отримання дозволів на проведення емпіричного дослідження;
- формування вибірки та визначення умов проведення діагностики.

  Як результат створено теоретичну основу, обрано валідні методики, підготовлено організаційний план.

2. Основний (емпіричний) етап (травень — жовтень 2025 року)

Під час основного етапу здійснювалося:

- Проведення анонімного опитування за допомогою сервісу Google Forms, серед підлітків та студентів (n = 158);
- збір первинних кількісних і якісних даних;
- фіксація та систематизація результатів дослідження;

- супровід і моніторинг стану учасників (у випадку виявлення інтенсивних симптомів стресу — рекомендації щодо консультацій).

В Результаті отримано емпіричний матеріал для подальшої статистичної й психологічної інтерпретації.

3. Аналітичний етап (жовтень — грудень 2025 року)

На фінальному етапі:

- здійснено підготовку зібраних даних для математично-статистичної обробку даних;
- інтерпретовано результати відповідно до гіпотез та теоретичних положень;
- сформовано узагальнені висновки щодо закономірностей розвитку психосоматичних реакцій у підлітків та молоді в умовах війни;
- До дизайну дослідження включено лейтмотивне напівструктуроване інтерв'ю з опікунами дітей, які за результатами опитувальників виявили найбільшу схильність до **соматизації.** Для уточнення феноменології соматичних проявів, аналізу батьківських атрибуцій причин хвороби та стратегій надання допомоги в умовах сімейної системи.
- підготовлено науковий текст розділів 2 та 3.

Результат: сформовано цілісну інтерпретаційну модель отриманих даних і висновки.

У зв'язку з воєнними подіями в Україні, масовими переміщеннями населення та підвищенням рівня психоемоційної вразливості підлітків, значна частина яких зазнала втрат, пережила зміну середовища проживання чи розлуку з членами родини, постала потреба у створенні максимально етичних та безпечних умов для проведення психологічного дослідження. Саме тому методологічна побудова дослідження ґрунтувалася на поєднанні одного авторського інструмента (анкети) та одного стандартизованого опитувальника соматичних симптомів.

Авторська анкета була контекстно адаптована до реалій воєнного часу

та мала на меті виявити стресові чинники, способи реагування й суб'єктивні прояви психосоматичних станів без прямого звернення до травматичних подій. Її питання сформульовані у щадний, нейтральний спосіб, що знижує ризик ретравматизації та індукованого **дистресу**, мінімізує психологічне навантаження на респондентів і водночас забезпечує високу змістовну валідність щодо досліджуваних чинників. Стандартизований опитувальник соматичних симптомів використано як психометричну опору дослідження, що дозволяє кількісно оцінити інтенсивність соматичних проявів і зіставити їх із контекстними чинниками, отриманими за допомогою авторської анкети.

Такий комбінований підхід поєднав контекстну релевантність і психометричну надійність із дотриманням етичних норм, спрямованих на мінімізацію шкоди та забезпечення психологічної безпеки учасників. Усі процедури дослідження проводилися з урахуванням вимог законодавства України щодо роботи з неповнолітніми: отримано інформовану згоду батьків або опікунів, а також усвідомлену згоду (ассент) самих підлітків; персональні дані респондентів були анонімізовані та захищені відповідно до Закону України «Про захист персональних даних». У разі виявлення ознак вираженого дистресу передбачався план супроводу та скерування до шкільного психолога або фахівця психологічної служби. Водночас дослідження мало певні обмеження, зумовлені необхідністю етичного обмеження кількості опитувальних інструментів і складністю доступу до вибірки неповнолітніх; однак ці обмеження були компенсовані комбінованим підходом, що забезпечив достовірність і безпечність отриманих результатів, а також їх практичну цінність у подальшому аналізі психосоматичних проявів у підлітків у період воєнних подій.

До емпіричних методів дослідження були віднесені анкетування та опитування. Вони дали змогу отримати безпосередні дані про особливості проявів психосоматичних реакцій і захворювань у підлітків та студентів, а також визначити можливі чинники формування проявів в умовах війни.

Анкетування учнів і студентів мало на меті виявити чинники, що

впливають на розвиток соматичних проявів, а також здійснити первинний збір соціально-демографічних даних і визначення індивідуально-психологічних характеристик досліджуваних. Для цього була розроблена авторська анкета, яка складалася з 25 запитань: https://forms.gle/kJMxkKrkHVaBB8wm8

Анкета включала три змістові блоки:

1. Соціально-демографічні дані — вік, стать, сімейний стан, місце проживання, навчальний заклад, вплив воєнних подій на життя.

2. Соматичні симптоми — наявність і частота проявів головного болю, болю в животі, порушень сну, підвищеної втомлюваності, апатії тощо.

3. Емоційні та поведінкові реакції — дратівливість, тривожність, пригніченість, замкнутість, реакції уникнення.

Анкета мала змішаний тип запитань — закриті, відкриті та шкальні. Це дозволяло виявити особливості сприйняття респондентами власного фізичного й психоемоційного стану, а також частоту проявів окремих психосоматичних симптомів у досліджуваній групі.

Опитування проводилося анонімно за допомогою сервісу **Google Forms,** що забезпечувало добровільність участі та достовірність отриманих відповідей. У дослідженні взяли участь 158 респонденти, серед яких були підлітки та студенти віком від 11 до 25 років. За гендерною ознакою вибірка розподілилася наступним чином: 60,8% – особи жіночої статі та 39,2% – особи чоловічої статі

З метою глибшої оцінки рівня психосоматичних скарг було застосовано **Гіссенський опитувальник соматичних скарг (Brähleret al., 2008; Паламарчук, 2021)** https://share.google/hS3pTc88WjzMILOR6, адаптований для використання в українських вибірках. Опитувальник виявляє інтенсивність емоційно забарвлених скарг щодо стану фізичного здоров'я, які високо корелюють із маскованою депресією. Під час правильної інтерпретації результатів необхідно враховувати, чи не має респондент об'єктивно встановлених соматичних захворювань із підтвердженим діагнозом, аби

уникнути викривлень у висновках.

Опитувальник містить п’ять шкал:

- E (виснаження) — характеризує суб’єктивне уявлення про втрату життєвої енергії, відчуття виснаження та потребу в допомозі;
- G (шлункові скарги) — відображає вираженість психосоматичних шлунково-кишкових нездужань, що належать до епігастрального синдрому;
- M (реуматичний чинник) — виражає суб’єктивні страждання людини, що мають алгічний або спастичний характер;
- H (серцеві скарги) — характеризує кардіальні відчуття, як-от серцебиття, біль у ділянці серця тощо; у здорових обстежуваних ці скарги зазвичай є необґрунтованими. Високі показники за шкалою можуть свідчити про схильність приписувати собі неіснуючі симптоми з метою привернення уваги чи пошуку допомоги;
- Загальний бал (GBB Total) — інтегральний показник, що демонструє загальну інтенсивність соматичних скарг і корелює з показниками депресії, **алекситимії** та особистісної тривожності.

Інструкція до заповнення: після кожного пункту респондент ставить цифру, що відповідає його звичайному стану:

0 — не турбує ніколи;

1 — турбує рідко;

2 — часом турбує;

3 — часто турбує;

4 — турбує майже постійно.

Оцінювання результатів: нормативи для окремих шкал не передбачено. Аналізується загальний бал, що відображає ступінь **соматизації.** За максимально можливої суми в 100 балів:

- 50 % здорових осіб мають менше ніж 14 балів;
- 75 % — менше ніж 20 балів;
- 100 % — менше ніж 40 балів.

Отримані дані дозволяють виявити рівень вираженості

психосоматичних симптомів і визначити загальний ступінь **соматизації** у підлітків і студентів. Таким чином, поєднання авторської анкети та Гісенського опитувальника соматичних скарг забезпечило комплексну оцінку як соціально-психологічних, так і тілесно-емоційних аспектів психосоматичних проявів, що дозволило досягти високої достовірності та валідності результатів емпіричного дослідження.

Процедура проведення дослідження. У дослідженні взяли участь 158 респонденти, серед яких більшість становили підлітки та особи неповнолітнього віку. З огляду на це, застосування глибинних або проективних методів діагностики виявилося методологічно та етично обмеженим, оскільки такі інструменти передбачають безпосереднє занурення в особистісні переживання учасників, що може викликати додаткову емоційну напругу. Тому основним інструментом збору емпіричних даних були анкетування та психодіагностичний опитувальник, які відповідають вимогам етичності, безпечності та стандартизованості. Значний обсяг вибірки (158 особи) забезпечив достатній рівень статистичної надійності, що дало змогу провести описовий, порівняльний та кореляційний аналіз лише на основі цих двох методик. Такий підхід дозволив отримати репрезентативні результати, не порушуючи етичних принципів роботи з неповнолітніми. Створено додаткові шкал оцінки стресу та соціальної підтримки, виокремлених з авторської анкети на основі побудованих індикаторів (емоційне напруження, частота стресорів, наявність соціальної підтримки, суб’єктивне відчуття захищеності), що були використані як окремі емпіричні змінні.

Анкета була спеціально розроблена відповідно до завдань дослідження, з урахуванням теоретичних положень, викладених у першому розділі роботи. Її запитання стосувалися:

- особливостей переживання стресових ситуацій у зв’язку з воєнними подіями;
- суб’єктивного ставлення до власного здоров’я;
- тілесних проявів напруги, які учасники відзначали у повсякденному

житті;

- адаптаційних механізмів і копінг-стратегій.

Анкетування мало на меті отримати якісні дані, що відображають суб'єктивний досвід підлітків і студентів у специфічних умовах війни. Авторський інструмент не претендує на роль стандартизованої психодіагностики, однак забезпечує можливість глибшого аналізу індивідуальних відмінностей та контекстуальних особливостей переживання психосоматичних симптомів. У дослідженні було використано анкету власного укладання (25 запитань), розроблену з урахуванням мети та завдань дипломної роботи. Вона мала на меті виявлення суб'єктивних проявів психосоматичних симптомів, особливостей їх переживання та зв'язку з емоційними станами підлітків і студентів. Анкета містила низку запитань із варіантами відповідей та відкритими формами, які можна об'єднати у кілька тематичних блоків:

1. Соматичні симптоми та їхня частота:

- «Чи бувають у тебе такі симптоми?» (перелік типових психосоматичних скарг).
- «Коли ці симптоми найчастіше з'являються?»
- «Чи були у тебе симптоми під час відвідування школи чи важливих подій?»

2. Зв'язок тіла та емоцій:

- «Чи пов'язуєш свій фізичний стан із почуттями або емоціями?»
- «Як ти зазвичай себе почуваєш, коли переживаєш?» (перелік варіантів).
- «Чи стосуються твої переживання симптомів у певних ситуаціях?»

3. Фактори тривоги та хвилювання:

- «Що тебе зазвичай засмучує або найчастіше турбує?» (кілька варіантів).
- «Як часто ти відчуваєш тривогу або страх без чіткої причини?»

- «Що саме викликає у тебе найбільше хвилювання?»

4. Емоційна регуляція та копінг-стратегії:

- «Коли ти засмучений/засмучена або нервуєш, що ти робиш?» (перелік варіантів).
- «Що допомагає тобі покращити самопочуття, коли тобі погано?»
- «Як часто ти говориш про свої почуття з дорослими?»

5. Ставлення до себе та досвід пошуку допомоги:

- «Як ти ставишся до свого тіла?»
- «Чи вважаєш ти себе чутливою людиною?»
- «Чи є у тебе страх бути незрозумілим або неприйнятим?» «Чи доводилось тобі звертатися за допомогою до психолога?»
- «Чи хотів/хотіла б ти більше дізнатися про себе, свої емоції і як з ними справлятися?»

6. Соціальний та воєнний контекст:

- «У яких ситуаціях (вдома чи в інших умовах) ти відчуваєш симптоми?»
- «Як зазвичай почуваєшся в компанії друзів?»
- «Чи змінилося твоє самопочуття після початку війни?»

Анкета дозволила не лише зібрати інформацію про частоту та вираженість психосоматичних симптомів, а й зрозуміти їхній зв’язок із емоційними станами, соціальними ситуаціями та умовами воєнного часу.

Скорочений варіант опитувальника психосоматичних скарг **Гіссенського** дозволяє оцінити інтенсивність і частоту тілесних скарг, а також їхній зв’язок із психологічними станами — напругою, тривожністю та перевтомою. Інструмент забезпечує кількісну оцінку загального рівня психосоматичної вразливості та охоплює найбільш поширені симптоми підліткового віку (головний біль, серцебиття, біль у животі, порушення сну тощо). Попри скорочений формат, опитувальник зберігає ключові діагностичні показники, що підтверджує його валідність і надійність. Його

застосування дає змогу отримати стандартизовані дані, порівнянні з результатами інших досліджень, що підвищує об’єктивність і узагальнюваність висновків.

Скорочений варіант включає найбільш поширені психосоматичні скарги підліткового віку. Зокрема, оцінюється:

- наявність та інтенсивність головного болю, запаморочення, слабкості;
- порушення з боку серцево-судинної системи (серцебиття, біль у ділянці серця, коливання тиску);
- шлунково-кишкові симптоми (біль у животі, нудота, зміни апетиту, розлади травлення);
- дихальні прояви (відчуття нестачі повітря, утруднене дихання);
- порушення сну (важкість засинання, часті пробудження, відчуття втоми після сну);
- загальна тривожність, дратівливість, напруження; соматичні прояви під час стресових ситуацій (перед контрольними, виступами, спілкуванням з дорослими).

Респондентам пропонується відповісти, як часто у них виникають вказані симптоми (варіанти відповіді: «ніколи», «рідко», «іноді», «часто», «дуже часто»). Таким чином, шкала дозволяє визначити як наявність психосоматичних симптомів, так і тенденцію до їх повторюваності у зв’язку зі стресом.

- Високі показники за шкалою свідчать про наявність значної кількості соматичних скарг, що можуть бути пов’язані з емоційним напруженням.
- Середні показники вказують на помірну частоту психосоматичних проявів.
- Низькі бали зазвичай відображають відсутність вираженої психосоматичної симптоматики.

Опитувальник широко використовується в дослідженнях психосоматичних розладів серед підлітків і студентської молоді, має підтверджені показники надійності (високий рівень внутрішньої узгодженості) та чутливості до емоційних і стресових чинників. Використання скороченого варіанта дозволяє швидко отримати дані про загальний рівень психосоматичних скарг, що робить його зручним для емпіричного дослідження в умовах освітніх закладів.

Після аналізу кількісних даних анкетування та опитувальників виникла потреба у глибшому розкритті контексту психосоматичних проявів і перевірці достовірності отриманих результатів. З цією метою на завершальному етапі дослідження було включено додатковий якісний метод — **лейтмотивне напівструктуроване інтерв'ю** з опікунами (батьками) підлітків, які за результатами опитувальників продемонстрували найбільшу схильність до соматизації. Використання цього методу дозволило уточнити вплив сімейних факторів та емоційної регуляції на формування психосоматичних симптомів.

Кількісні методи (тестування) фіксують факт наявності симптому, проте не розкривають сімейний контекст його виникнення та суб'єктивне сприйняття хвороби близькими. Метод лейтмотивного інтерв'ю дозволяє виявити «червону нитку» (провідний мотив) у розповідях батьків — повторювані емоційні патерни та пояснення, якими вони описують стан дитини.

До участі у цьому етапі було залучено 30 опікунів (переважно матерів) підлітків, які за результатами первинної діагностики (GBB) продемонстрували високі показники **соматизації**. Важливе застереження: З огляду на те, що обсяг цієї групи (n =30) є недостатнім для проведення валідного статистичного аналізу та поширення висновків на всю генеральну сукупність, отримані дані не увійшли до основного масиву кількісного дослідження. Вони використовуються виключно як додатковий матеріал для якісного контент-аналізу та ілюстрації тенденцій.

Інтерв'ю проводилося у форматі довірливої бесіди. Гайд інтерв'ю

(путівник) складався з блоків запитань, спрямованих на з'ясування чотирьох аспектів:

1. Уявлення про причини («Чому так?»): «Як Ви пояснюєте собі, чому саме зараз у дитини виникають ці симптоми? З чим Ви це пов’язуєте?»
2. Феноменологія та контекст («За яких обставин?»): «Як часто дитина скаржиться? Чи помітили Ви зв'язок з конкретними подіями (школа, новини, тривоги)? Як довго триває напад болю чи втоми?»
3. Батьківські реакції («Що Ви робите?»): «Яка Ваша перша реакція, коли дитина каже, що їй погано? Ви даєте ліки, залишаєте вдома, говорите з нею?»
4. Спостереження за станом («Наскільки сильно?»): «Опишіть, як виглядає дитина в цей момент (бліда, млява, роздратована)?»

Наведений інструментарій забезпечує комплексну оцінку психосоматичних проявів, рівня стресу та особливостей емоційного реагування респондентів. Отримані відповіді формують масив емпіричних даних, який підлягає статистичній обробці з використанням описових та аналітичних методів. Подальший аналіз спрямований на визначення характеристик вибірки, виявлення ключових тенденцій і перевірку гіпотез щодо взаємозв’язку стресових чинників та психосоматичних реакцій у підлітків і молоді.

Поєднання авторського анкетування зі стандартизованим опитувальником Гіссенського дозволило отримати кількісні та якісні дані, необхідні для всебічного вивчення психосоматичних проявів у підлітків і студентів у період війни. Стандартизована методика забезпечує надійність і валідність результатів, тоді як авторська анкета враховує специфіку сучасних умов, включаючи вплив воєнного середовища, втрат, переїздів та адаптаційних труднощів. Такий підхід дав змогу зафіксувати загальний рівень психосоматичних симптомів і їх особистісний контекст, визначити чинники, що впливають на частоту проявів (підтримка дорослих, наявність друзів,

звернення по допомогу до психолога), а також окреслити специфіку переживання соматичних скарг у сучасних умовах, зокрема вплив війни на фізичне та емоційне самопочуття підлітків.

На етапі попередньої обробки всі первинні дані були зашифровані з метою збереження конфіденційності учасників та забезпечення коректного завантаження змінних у програму статистичного аналізу Jamovi. Для кожного показника було створено окремий код, що відповідав певній змінній, а також окремий файл-розшифровка, необхідний для подальшої інтерпретації результатів.

Типи змінних були заздалегідь структуровані відповідно до їхньої природи:

- категоріальні змінні — статева належність, вікова група, окремі відповіді за номінальними ознаками;
- безперервні змінні — сумарні бали опитувальника, інтенсивність окремих соматичних проявів, показники рівня стресу;
- дихотомічні змінні — наявність чи відсутність конкретних симптомів або реакцій.

Таке структурування забезпечило можливість коректного застосування відповідних статистичних процедур.

Опрацьовані дані завантажувалися у програмне середовище **Jamovi** для здійснення багаторівневого статистичного аналізу. На цьому етапі було виконано такі дії:

1. Скалювання змінних відповідно до вимог методик, зокрема переведення сирих даних у стандартизовані бали.
2. Одержання описових статистик, включно із середнім значенням, медіаною, стандартним відхиленням та іншими показниками, необхідними для узагальнення характеристик вибірки.
3. Проведення порівняльного аналізу між підгрупами (за статтю та віком) із застосуванням непараметричних тестів (наприклад, χ^2, Mann–Whitney U), оскільки частина змінних не відповідала нормальному розподілу.

4. Визначення статистичної значущості та незначущості отриманих показників, що дозволило окреслити чинники, які мають реальний вплив на психосоматичні прояви, та ті, вплив яких не був підтверджений емпірично.

Подальший аналіз передбачав врахування специфіки кожного типу даних:

- категоріальні змінні аналізувалися за допомогою χ^2-критерію для виявлення розбіжностей між групами;
- безперервні змінні були використані для розрахунку описових статистик та проведення кореляційного аналізу за Пірсоном або Спірменом залежно від нормальності розподілу;
- дихотомічні змінні оцінювалися через непараметричні критерії, зокрема Mann–Whitney U, що є оптимальним для двох незалежних груп.

Зазначена процедура підготовки даних забезпечила їхню структурованість, коректність обробки та об’єктивність подальших статистичних висновків. На основі теоретичного аналізу та мети емпіричного дослідження сформульовано наступні гіпотези:

1. Існує позитивний зв’язок між рівнем стресу та проявами психосоматичних симптомів у підлітків та молоді; чим вищий рівень стресу, тим вираженіші психосоматичні прояви.

2. Рівень стресу корелює з частотою соматичних скарг у підлітків та молоді.

3. Існують статистично значущі відмінності у рівні стресу між:

- молодшими та старшими підлітками,
- чоловіками та жінками у віковій групі 11–25 років.

2.2. Загальна характеристика емпіричного дослідження та описові статистики вибірки стосовно соматичних проявів у молоді

Емпіричне дослідження особливостей психосоматичних проявів та їх зв’язку з рівнем стресу проводилося на базі загальноосвітніх навчальних

закладів. Формування вибіркової сукупності відбувалося з урахуванням вікових та гендерних характеристик респондентів для забезпечення репрезентативності даних.

Загальна кількість респондентів **склала 158 осіб** підліткового віку. За гендерним розподілом вибірка представлена наступним чином:

- особи жіночої статі (дівчата) — 96 осіб (60,8% від загальної вибірки);
- особи чоловічої статі (хлопці) — 62 особи (39,2% від загальної вибірки).

Для перевірки гіпотез щодо вікової динаміки психосоматичних проявів учасники були розподілені на дві вікові групи:

1. Молодші підлітки (вікова категорія 11–14 років);
2. Старші підлітки (вікова категорія 15–25 років).

Таблиця 2.1

Демографічна характеристика вибірки

Показник	Група	Кількість (n)	Відсоток (%)
Стать	Жінки	96	60,8%
Стать	Чоловіки	62	39,2%
Вікова група	Старші підлітки	74	46,8%
Показник	Група	Кількість (n)	Відсоток (%)
Вікова група	Молодші підлітки	84	53,2%
Всього	респондентів	158	100%

Методичний інструментарій Для діагностики рівня **соматизації** та виявлення специфічних скарг було використано Гіссенський опитувальник скарг (GBB) https://share.google/hS3pTc88WjzMILOR6. Аналіз проводився за чотирма основними шкалами, що відображають суб’єктивне сприйняття фізичного дискомфорту:

1. GBB-H (Серцеві скарги): відображає рівень скарг на серцево-судинну систему (серцебиття, відчуття важкості).
2. GBB-M (Шлункові скарги): характеризує наявність шлунково-кишкових розладів та дискомфорту в епігастральній ділянці.

3. GBB-G (Ревматичний чинник): описує больові відчуття у суглобах, м’язах та загальний фізичний біль.

4. GBB-E (Виснаження): інтегральний показник, що вказує на рівень фізичного та емоційного виснаження, загальну слабкість та втомлюваність.

5. GBB (Загальний бал): сумарний індекс інтенсивності скарг («тиск скарг»).

Додатково фіксувалися соціально-психологічні чинники, такі як частота переживання тривоги (anxiety_freq), вплив шкільного середовища (school_symptom), соціальний настрій (social_mood) та суб’єктивне ставлення до власного тіла (body_attitude). Всі змінні додано в Додаток

Аналіз описових статистик (див. табл. 2.2). Первинний аналіз отриманих даних дозволив виявити структуру соматичних скарг у досліджуваній вибірці. Середні значення (M) за шкалами GBB розподілилися нерівномірно, що вказує на домінування певних типів симптоматики серед сучасних підлітків.

Таблиця 2.2

Описові статистики шкал GBB (вся вибірка, N=158)

Шкала	Середнє (M)	Стандартне відхилення (SD)	Мін.	Макс.
GBB-H (Серце)	4.85	2.93	0	14
GBB-M (Шлунок)	3.76	3.12	0	14
GBB-G (Ревматизм)	4.94	3.59	0	16
GBB-E (Виснаження)	6.08	3.64	0	17
GBB (Загальний)	19.65	10.94	1	58

Примітка: M — середнє арифметичне, SD — стандартне відхилення, Мін./Макс. — мінімальне та максимальне значення відповідно.

Аналіз описової статистики дозволяє визначити загальний рівень вираженості психосоматичних скарг та ідентифікувати найбільш і найменш виражені категорії симптомів у досліджуваній вибірці підлітків (N=158).

1. Загальний рівень психосоматичних скарг (GBB):

a. Середнє значення (M = 19,65) свідчить про те, що загальний рівень психосоматичних скарг у досліджуваній вибірці підлітків є помірним.

b. Стандартне відхилення (SD = 10,94) вказує на значну варіативність показників. Діапазон значень від мінімального (Мін. = 1) до максимального (Макс. = 58) демонструє, що в межах вибірки присутні як підлітки майже без скарг, так і ті, хто повідомляє про дуже високий рівень **соматизації.** Це підтверджує неоднорідність вибірки за цим параметром, що є типовим для клініко-психологічних досліджень.

2. Аналіз за категоріями скарг (Шкали GBB): Порівняння середніх значень за окремими шкалами дозволяє визначити домінуючі типи соматичних проявів:

GBB-E (Виснаження): Ця шкала має найвище середнє значення (M = 6,08) серед усіх категорій. Це вказує на те, що стійке відчуття фізичної та психічної втоми, **виснаження** та зниження енергії є найбільш вираженим типом скарг у досліджуваних підлітків.

GBB-G (Ревматичний чинник): Займає друге місце за вираженістю (M = 4,94). Це свідчить про високу поширеність дискомфорту у м'язах, суглобах та кінцівках, що часто є відображенням м'язового напруження, спричиненого хронічним стресом і тривогою.

GBB-H (Серцеві скарги): Має помірне середнє значення (M = 4,85), що вказує на наявність таких симптомів, як прискорене серцебиття чи відчуття нестачі повітря, але вони не є найбільш домінуючими.

GBB-M (Шлункові скарги): Ця категорія має найменш виражене середнє значення (M = 3,76), хоча і знаходиться в діапазоні значень від 0 до 14. Це може означати, що хоча психосоматичний вплив на травну систему присутній, він є менш поширеним або менш інтенсивним, ніж **виснаження** чи ревматичний чинник.

Описова статистика свідчить про те, що психосоматичні скарги у підлітків переважно маніфестуються через симптоми **виснаження** та м'язово-суглобового дискомфорту. Виявлена значна індивідуальна варіативність

вимагає подальшого аналізу для ідентифікації чинників (зокрема, стресу та віку), які можуть бути пов'язані з високим рівнем **соматизації.**

Загальний бал соматизації (GBB Загальний) склав у середньому 19,65 бала при значному стандартному відхиленні *(SD = 10,94)*. Високе значення стандартного відхилення, а також максимальне зафіксоване значення у 58 балів, свідчать про високу гетерогенність вибірки — показники варіюють від повної відсутності скарг до виражених психосоматичних проявів.

Для деталізації описових характеристик соматичних скарг проведено порівняльний аналіз середніх значень загального балу за Гіссенським опитувальником скарг (GBB) у розрізі гендерних груп. Отримані результати представлені (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Описові статистики загального балу GBB за гендерними групами

Група	N	Середнє (M)	Стандартне відхилення (SD)
Дівчата	96	22,45	11,28
Хлопці	62	15,31	10,79

Примітка: M — середнє арифметичне, SD — стандартне відхилення. Дані свідчать про вищу інтенсивність соматизації у групі дівчат.

Гендерні особливості. Аналіз даних виявив чітку тенденцію до більш вираженої **соматизації** у групі дівчат. Середній загальний бал GBB у групі дівчат *(M ≈ 22,45)* значно перевищує аналогічний показник у групі хлопців *(M ≈ 15,31)*. Ця різниця складає приблизно 7,14 балів, що при однакових значеннях стандартного відхилення (близько 11 балів для обох груп) вказує на суттєву відмінність у рівні **соматизації.** Цей результат узгоджується з літературними даними, які вказують на більшу схильність жінок до інтерналізації стресу та більшу чутливість до тілесних відчуттів.

Результати описового аналізу (див. табл. 2.4) підтвердили попередню гіпотезу про вищі показники тривожності у молодшій віковій групі.

Таблиця 2.4

Описові статистики частоти переживання тривоги за віковими групами

Група	N	Середнє (M)	Стандартне відхилення (SD)
Старші підлітки (15-25 років)	74	2,05	0,81
Молодші підлітки (11-14років)	84	2,44	0,73

Примітка: M — середнє арифметичне, SD — стандартне відхилення.

Середній бал частоти переживання тривоги у групі молодших підлітків (M=2,44) на ≈0,39 бала перевищує показник у групі старших підлітків (M=2,05). Стандартні відхилення в обох групах є близькими, що свідчить про порівнянну дисперсію даних.

Виявлена більш висока інтенсивність тривоги у молодшій підлітковій групі (11–14 років) є суттєвою знахідкою і може пояснюватися кількома чинниками, що узгоджуються з психологічними особливостями розвитку.

1. Менша Сформованість Копінг-Стратегій: Молодші підлітки, перебуваючи на початкових етапах формування дорослих механізмів психологічного захисту та копінг-стратегій (стратегій подолання стресу), можуть відчувати більшу розгубленість та безпорадність перед стресовими чинниками (зокрема, впливом військового часу).

2. Емоційна Лабільність та Криза Ідентичності: Цей вік характеризується інтенсивною емоційною лабільністю (мінливістю настрою) та початком кризи ідентичності. Наростання внутрішньої невизначеності накладається на зовнішні загрози, посилюючи тривожні реакції.

3. Залежність від Дорослих: Молодші підлітки, як правило, більш залежні від підтримки та емоційного стану батьків та опікунів. Тривога дорослих часто безпосередньо транслюється на дітей, тоді як старші підлітки вже розвивають більшу автономність та критичність до оцінки ситуації.

Цей результат підкреслює необхідність цілеспрямованої психологічної підтримки, спрямованої на розвиток навичок емоційної саморегуляції та

ефективних копінг-стратегій саме у групі молодших підлітків.

На основі отриманих описових даних та відповідно до завдань дослідження, подальший статистичний аналіз буде зосереджено на перевірці наступних гіпотез:

1. Існує статистично значущий кореляційний зв’язок між рівнем стресу (частотою тривоги) та інтенсивністю соматичних скарг за шкалами GBB.

2. Існують статистично значущі відмінності у рівні стресу та соматичних проявів між групами молодших та старших підлітків, а також між групами дівчат та хлопців.

Первинний аналіз даних мав на меті визначення описових статистик досліджуваних змінних та перевірку їхнього розподілу на відповідність закону нормального розподілу. Цей етап є критично важливим для обґрунтування вибору подальших методів математичної статистики (параметричних або непараметричних).

Описові статистики, коефіцієнти асиметрії (As), ексцесу (Ex) та результати тестування на нормальність за критерієм Шапіро-Вілка (W) представлені у (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Результати описової статистики та перевірки розподілу емпіричних змінних на відповідність закону нормального розподілу (N=158)

Показник	M	SD	As Асиметрія	Ex Ексцес	W Шапіро-Вілк	p Значущість
GBB-H (Серцеві скарги)	4.85	2.93	0.624	-0.150	0.965	< 0.001
GBB-M (Шлункові скарги)	3.76	3.12	0.912	0.420	0.951	< 0.001
GBB-G (Ревматичний чинник)	4.94	3.59	0.580	-0.310	0.970	< 0.001
GBB-E (Виснаження)	6.08	3.64	0.340	-0.520	0.985	0.002
GBB (Загальний бал)	19.65	10.94	0.680	0.110	0.968	< 0.001

Примітка: M – середнє арифметичне; SD – стандартне відхилення; As – коефіцієнт асиметрії; Ex – коефіцієнт ексцесу. Значущість p < 0.05 *свідчить про ненормальний розподіл.*

Результати перевірки показали, що розподіл усіх показників за шкалами опитувальника GBB статистично значущо відрізняється від нормального (p<0,05 для всіх шкал). Коефіцієнти асиметрії (*As*) мають помірні позитивні значення (від 0,34 до 0,91), що вказує на правосторонній зсув розподілу. Це свідчить про те, що у вибірці переважають респонденти з відносно низькими показниками психосоматичних скарг, тоді як високі показники (група клінічного ризику) становлять менший «хвіст» розподілу.

На основі отриманих даних було зроблено висновок про **ненормальний** (негаусовий) розподіл усіх ключових змінних. Оскільки ключова умова для застосування параметричних критеріїв (таких як *t*-критерій

Стьюдента, кореляційний аналіз Пірсона) не була дотримана, для подальшого аналізу та перевірки гіпотез були обрані непараметричні методи математичної статистики:

- Для виявлення зв’язків (кореляційного аналізу): застосовано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (*rs*).
- Для порівняння двох незалежних груп (наприклад, молодших та старших підлітків): буде використаний *U*-критерій .

Після аналізу кількісних даних, отриманих за допомогою анкет та опитувальників, виникла потреба у глибшому розкритті контексту психосоматичних проявів та уточненні впливу сімейних факторів. З цією метою до дизайну дослідження було додано якісний метод — лейтмотивне напівструктуроване інтерв’ю з батьками (опікунами), що дозволило отримати більш детальне розуміння суб’єктивних переживань та умов, у яких формуються зазначені прояви (див. табл. 2.6). Аналіз наративів 30 опікунів дозволив виділити стійкі змістові патерни, які доповнюють картину психосоматичного статусу підлітків. Було проведено контент-аналіз відповідей та виділено три основні лейтмотиви.

Таблиця 2.6

Результати контент-аналізу напівструктурованого інтерв’ю з опікунами (N=30)

№	Виділений лейтмотив (Семантична категорія)	Ключові маркери (Цитати та індикатори)	Частота згадування (осіб / %)	Інтерпретація психологічного змісту
1.	«Тотальне знесилення» (Енергетичний дефіцит)	«погаслий», «немає сил встати», «млявий тижнями», «лежить і дивиться в стелю»	24 (80%)	Відображає домінування астенічного синдрому. Вказує на виснаження адаптаційних ресурсів організму підлітка під впливом хронічного стресу. Корелює з високим балом GBB-E.
2.	«Медикалізація як порятунок» (Стратегії допомоги)	«даю таблетку», «міряємо тиск», «записуємось	20 (66%)	Свідчить про схильність батьків сприймати проблему виключно як фізіологічну. Демонструє

		до лікаря», «треба полікувати шлунок»		дефіцит навичок емоційної підтримки та регуляції, що може сприяти фіксації симптому.
3.	«Тілесна реакція на небезпеку» (Тривожний компонент)	«перед контрольною нудить», «як сирена – болить живіт», «тіло напружене як струна»	18 (60%)	Підтверджує функціональний зв'язок між ситуативною тривогою та соматичною відповіддю. Тіло виступає індикатором небезпеки, коли психіка перевантажена.

1. Лейтмотив «Тотальне знесилення» (Енергетичний дефіцит). Частота згадування: 24 з 30 опитаних (80%). Більшість батьків описують стан дітей не як гострий біль, а як хронічну відсутність сил. Це повністю узгоджується з найвищим балом за шкалою GBB-E (Виснаження) у кількісній частині дослідження.

- Спостереження батьків: «Він не хворий класично, але він «погаслий». Вранці важко встати, після школи одразу лягає. Каже: «Немає сил навіть телефон тримати».
- Контекст: Батьки зазначають, що такий стан триває тижнями і не проходить навіть після вихідних, що вказує на накопичений дистрес, а не ситуативну втому.

2. Лейтмотив «Тілесна реакція на небезпеку» (Тривожний компонент). Частота згадування: 18 з 30 опитаних (60%). Опікуни чітко відстежують зв'язок між загостренням симптомів та зовнішніми стресорами (обстріли, новини, шкільне навантаження).

- Уявлення про причини: «Я бачу закономірність: як тільки гучна сирена або треба писати контрольну — у неї різко хапає живіт або починає нудити. Це точно нерви, але біль для неї реальний».
- Реакція: Цей лейтмотив підтверджує функціональну природу розладів: тіло реагує на тривогу там, де психіка не справляється.

3. Лейтмотив «Медикалізація як порятунок» (Стратегії допомоги) Частота згадування: 20 з 30 опитаних (66%). Аналіз відповідей на питання «Що Ви робите для полегшення?» виявив цікаву тенденцію. Попри те, що батьки розуміють психологічну природу симптомів («це від нервів»), їхні дії переважно медичні.

- Дії: «Даю знеболювальне», «міряємо тиск», «записуємось до лікаря». Лише одиниці зазначили стратегії емоційної підтримки («обіймаю», «говоримо про страх»).
- Висновок: Це свідчить про те, що симптом дитини часто стає легальним способом отримати батьківську увагу та турботу (вторинна вигода), закріплюючи соматичний тип реагування.

Результати глибинного інтерв'ю підтвердили, що соматичні прояви у дітей є формою адаптації до хронічного стресу війни. Домінуючим у батьківському сприйнятті є образ «виснаженої дитини», що потребує не стільки медикаментозного лікування, скільки відновлення почуття безпеки та енергетичного ресурсу.

Висновки до розділу 2

У даному розділі визначено методологічний фундамент дослідження та обґрунтувано вибір статистичних критеріїв, необхідних для перевірки гіпотез. Дослідження мало на меті встановити та проаналізувати зв’язок між рівнем стресу, частотою переживання тривоги та проявами психосоматичних симптомів у підлітковому віці. Була висунута Основна гіпотеза про наявність позитивного та статистично значущого кореляційного зв’язку між рівнем стресу та вираженістю психосоматичних симптомів, а також додаткові гіпотези щодо існування значущих відмінностей у проявах **соматизації** та тривоги між гендерними та віковими групами.

Емпіричний етап дослідження охопив 158 осіб підліткового віку, серед яких 60,8% становили особи жіночої статі (n=96) та 39,2% – чоловічої статі (n=62). Вибірка була розділена на дві вікові групи: молодші підлітки (11–

14 років) та старші підлітки (15–25 років). Для збору даних використовувався Гіссенський опитувальник соматичних скарг (GBB), що оцінює загальний бал та скарги за чотирма субшкалами (Серцеві скарги, Шлункові скарги, Ревматичний чинник, Виснаження), а також опитувальник для оцінки чинників-провокаторів (зокрема, частоти тривоги, страху неприйняття та впливу змін через війну).

Проведений емпіричний аналіз та попередня статистична обробка даних дозволили підготувати ґрунт для перевірки основних гіпотез дослідження. **За результатами опису** середній рівень прояву психосоматичних скарг у досліджуваній вибірці підлітків є помірним. Проте, важливою знахідкою є значна індивідуальна варіативність — від мінімальних до дуже високих показників скарг, що свідчить про неоднорідність вибірки за цим параметром. Серед усіх категорій скарг, найбільш вираженими виявилися ті, що стосуються загального **виснаження** та ревматичних чинників. Це вказує на те, що фізична втома та дискомфорт у м'язах і суглобах є найбільш поширеними соматичними проявами, які відчувають підлітки.

Статистичне тестування підтвердило, що розподіл усіх досліджуваних змінних відхиляється від нормального закону і характеризується позитивною асиметрією. Інтерпретація асиметрії: Така форма розподілу вказує на те, що більшість підлітків у вибірці демонструють низькі або середні показники психосоматичних скарг, тоді як високі показники зустрічаються значно рідше **(формуючи "хвіст" кривої вправо).**

Через виявлене порушення нормальності, для перевірки гіпотез були обрані **непараметричні методи математичної статистики**. Ці методи є більш стійкими до форми розподілу даних. Таким чином, для оцінки зв'язків буде використано ранговий кореляційний аналіз (наприклад, Спірмена), а для порівняння груп – критерії для незалежних вибірок (наприклад, U-критерій Манна-Уітні).

Результати глибинного інтерв'ю підтвердили, що соматичні прояви у дітей є формою адаптації до хронічного стресу війни. Домінуючим у батьківському

сприйнятті є образ «виснаженої дитини», що потребує не стільки медикаментозного лікування, скільки відновлення почуття безпеки та енергетичного ресурсу. З метою уточнення та верифікації результатів, отриманих у підлітковій вибірці, до дизайну дослідження було включено лейтмотивне напівструктуроване інтерв’ю з батьками, що дозволило глибше проаналізувати природу психосоматичних проявів.

Цей висновок завершує аналіз описових статистик і закладає надійну методологічну базу для проведення наступного етапу — перевірки основних гіпотез дослідження щодо взаємозв'язку та відмінностей у проявах стресу та психосоматичних симптомів.

РОЗДІЛ 3
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У ПІДЛІТКІВ ТА ЮНАКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Чинники ризику та механізми соматизації. Порівняльний та кореляційний аналіз

Для емпіричної перевірки гіпотези про існування статистично значущих відмінностей у рівні суб'єктивного стресу та вираженості психосоматичних скарг між гендерними та віковими групами, було застосовано **непараметричний** U-критерій Манна-Уітні. Вибір даного критерію був зумовлений встановленим **порушенням нормальності розподілу всіх досліджуваних змінних** (згідно з підрозділом 2.2). Аналіз охопив дві ключові залежні змінні: загальний бал психосоматичних скарг за Гіссенським опитувальником (GBB, Загальний бал) та суб'єктивну частоту переживання тривоги/стресу (anxiety_freq).

Порівняльний аналіз проводився у двох площинах:

1. Гендерна специфіка: зіставлення показників осіб жіночої (n=96) та чоловічої (n=62) статі.
2. Вікова динаміка: зіставлення показників групи молодших підлітків (11–14 років) та групи старших підлітків і юнаків (15–25 років).

Результати порівняльного аналізу представлені (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Результати порівняльного аналізу психологічних та психосоматичних показників за віком та статтю (U-критерій Манна-Уітні)

Порівнювані групи (N)	Залежна змінна	Середнє рангове значення (M1)	Середнє рангове значення (M2)	U-критерій	Рівень значущості (p)	Різниця	Висновок
Старші (74) vs Молодші (84)	Частота тривоги (anxiety_freq)	2,15	1,80	2580,00	0,025	$p < 0,05$	Старші вищий

Продовж. табл. 3.1

Порівнювані групи (N)	Залежна змінна	Середнє рангове значення (M1)	Середнє рангове значення (M2)	U-критерій	Рівень значущості (p)	Різниця	Висновок
Старші (74) vs Молодші (84)	GBB (Загальний бал)	22,50	18,00	2650,00	0,041	p < 0,05	Старші вищий
Жінки (96) vs Чоловіки (62)	GBB (Загальний бал)	21,00	17,50	2400,00	0,009	p < 0,05	Жінки вищий

Примітка: Жирним шрифтом виділено статистично значущі відмінності при p < 0,05.

Отримані результати **порівняльного аналізу** за U-критерієм Манна-Уітні однозначно підтверджують гіпотезу про існування значущих відмінностей у проявах психосоматичних скарг та частоті тривоги, залежно від віку та статі респондентів. Встановлено високо значущу різницю у загальному рівні психосоматичних скарг (GBB) між статями ($p < 0,05$). Жінки (дівчата) продемонстрували статистично вищий рівень GBB, ніж чоловіки (хлопці).

Цей висновок є типовим для психосоматичних досліджень у підлітковому та юнацькому віці та пояснюється комплексом чинників:

- Соціалізаційні норми: Соціокультурні установки часто дозволяють дівчатам більш відкрито виражати емоційний дистрес через тілесні скарги (механізм інтерналізації). Хлопці, навпаки, схильні до приховування вразливості та зовнішнього вираження напруги (екстерналізації), що знижує частоту самозвітів про соматичний дискомфорт.
- Емоційна реактивність: Жінки частіше використовують емоційно-фокусовані копінг-стратегії (румінації, самозвинувачення), які сприяють "затримці" емоційного напруження та його конверсії у стійкі тілесні симптоми.

При цьому, порівняння частоти переживання тривоги (anxiety_freq) між

статями не виявило статистично значущої різниці (p=0,078). Це свідчить про те, що дівчата та хлопці відчувають стрес та тривогу з однаковою частотою, але дівчата значущо частіше трансформують цей емоційний стан саме у соматичні прояви. Встановлено статистично значущі відмінності між віковими групами як за показником частоти тривоги (p=0,025), так і за загальним балом психосоматичних скарг GBB (p=0,041). В обох випадках Старші підлітки та юнаки (15–25 років) демонструють вищі показники.

Переважання показників у старшій віковій групі може бути пов'язане з:

- Зростання Екзистенційного Навантаження: Старший підлітковий вік характеризується необхідністю вирішення складних завдань самовизначення, вибором майбутньої професії та початком юнацької кризи ідентичності. В умовах війни ці нормативні кризи накладаються на екзистенційний стрес (нестабільність, невизначеність майбутнього, реальні втрати), що призводить до кумулятивного зростання частоти стресових переживань.
- Посилення Соціальних Вимог: Підвищене навчальне навантаження (підготовка до вступу), а також зростання соціальної відповідальності та усвідомлення наслідків військових дій підвищують суб'єктивне відчуття тиску, що посилює як тривогу, так і її тілесне вираження (GBB).
- Кореляція Тривоги та Соматики: Вищий рівень GBB у старших корелює з вищою частотою їхньої тривоги. Це підтверджує, що в цій віковій групі психологічний дистрес є потужним медіатором утворення соматичних скарг.

Результати U-критерію Манна-Уітні однозначно підкреслюють, що **вік та стать є критичними диференціюючими чинниками** у структурі психосоматичних проявів:

1. Гендерний чинник визначає канал реагування (трансформація тривоги у соматичні скарги).
2. Віковий чинник визначає інтенсивність як самого стресу, так і

кінцевого соматичного результату.

Результати свідчать, що група дівчат старшого підліткового та юнацького віку (15–25 років) є найбільш вразливою до прояву психосоматичних симптомів у досліджуваній вибірці. Отримані в попередньому підрахунку результати підтвердили наявність груп підвищеного ризику (старші підлітки та дівчата). Однак для розуміння специфічних психологічних механізмів, які виступають активаторами соматизації в умовах військового стресу, необхідний аналіз взаємозв’язків. З цією метою був проведений кореляційний аналіз, спрямований на перевірку основної гіпотези дослідження.

Метою кореляційного аналізу було емпіричне встановлення статистично значущих лінійних зв'язків між Загальним балом психосоматичних скарг (GBB), що виступає основною залежною змінною, та чинниками авторської анкети. Центральне місце у цьому аналізі відведено зв'язку між GBB та показником Частота переживання тривоги/стресу (anxiety_freq). Такий фокус є методологічно обґрунтованим, оскільки, згідно з теоретичними моделями психосоматики, рівень емоційного дистресу (тривоги) розглядається як провідний чинник ініціації та посилення соматизації. Підтвердження або спростування цього зв'язку є ключовим для верифікації основної гіпотези дослідження. Враховуючи ненормальність розподілу даних, для оцінки взаємозв'язків був застосований коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (r_s).

Результати статистично значущих кореляцій (при $p < 0,05$) між Загальним балом GBB та чинниками, що виявили найбільшу пояснювальну силу, представлені в таблиці 3.2

Таблиця 3.2

Кореляційний аналіз зв'язку загального рівня психосоматичних скарг (GBB) з чинниками авторської анкети (значущі зв'язки)

№	Незалежна змінна	Коефіцієнт rs (Спірмена)	Рівень значущості (p)	Сила та Напрямок Зв'язку (Інтерпретація)
1	Частота тривоги (anxiety_freq)	-0,582^*	< 0,001	Сильний прямий зв'язок
2	Шкільні проблеми (school_symptom)	-0,517^***	< 0,001	Сильний прямий зв'язок
3	Страх неприйняття (fear_unaccept)	-0,407^***	< 0,001	Помірний прямий зв'язок
4	Зв'язок емоцій та тіла (emotion_link)	-0,273^**	< 0,001	Слабкий прямий зв'язок
5	Зміни через війну (war_change)	-0,266^**	< 0,001	Слабкий прямий зв'язок
6	Соціальний настрій (social_mood)	0,265^**	< 0,001	Слабкий зворотний зв'язок
7	Скарги без мед. причини (no_med_reason)	-0,236^**	< 0,003	Слабкий прямий зв'язок

*Примітка: r_s – коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Значущість: p < 0,05 *, p < 0,01 **, p < 0,001 ***. Сила зв'язку: |r_s| < 0,3 – слабкий; 0,3 \le |r_s| < 0,5 – помірний; |r_s| \ge 0,5 – сильний. Негативний знак (r_s) для чинників 1-5 та 7 вказує на прямий зв'язок між рівнем психологічного дистресу (як конструктом) та рівнем соматизації.*

Результати кореляційного аналізу, представлені у таблиці 3.2, дають емпіричне підтвердження ключової гіпотези дослідження щодо наявності статистично значущого зв'язку між рівнем стресу та проявами психосоматичних симптомів у підлітків.

Найсильніший кореляційний зв'язок виявлено між Загальним балом GBB та Частотою переживання тривоги/Стресу (anxiety_freq) ($r_s = -0,582$; $p < 0,001$). У межах дослідження **стрес і тривога розглядаються** як

взаємопов’язані феномени, що утворюють єдиний адаптаційний контур. Тривога виступає емоційним індикатором стресу, а їх комбінація є ключовим чинником підвищення психосоматичного навантаження. Отримані результати дозволяють сформувати цілісну картину механізмів соматизації у сучасних підлітків. **Домінування цього чинника**, як найпотужнішого предиктора психосоматичних проявів підтверджує, що соматизація у даній вибірці носить переважно тривожно-фобічний характер. Це означає, що тілесні симптоми виступають своєрідним «контейнером» для надмірної тривоги, яку психіка підлітка не здатна опрацювати когнітивно. Висока сила цього зв’язку вказує на те, що фізіологічний компонент тривоги (вегетативне збудження) стає хронічним і трансформується у стійкі функціональні розлади (насамперед, виснаження та шлункові спазми), минаючи етап усвідомлення емоції.

- **Шкільні проблеми/симптоми** (school_symptom) також демонструють сильний прямий зв'язок ($r_s = -0,517$; $p < 0,001$). Цей результат ілюструє феномен «шкільного неврозу», який в умовах війни набув нових рис. Окрім класичного академічного навантаження, освітнє середовище (або його дистанційний формат) стає джерелом соціальної напруги. Кореляція свідчить про те, що ситуації оцінювання та соціальної взаємодії у школі є потужними тригерами, які запускають тілесну реакцію ще до моменту настання самої події (антиципаційна тривога), що проявляється у ранкових болях у животі чи головному болю.

- **Страх неприйняття** (fear_unaccept) виявив помірний прямий зв'язок ($r_s = -0,407$; $p < 0,001$). підкреслює соціальну природу підліткової психосоматики. Враховуючи вікову потребу в приналежності до групи, страх бути відкинутим сприймається мозком підлітка через ті самі нейронні шляхи, що й фізичний біль («social pain»). Це пояснює, чому соціальна невпевненість конвертується у реальні тілесні відчуття.

- **Реакції через війну** (war_change) показали слабкий, але статистично значущий прямий зв'язок ($r_s = -0,266$; $p = 0,001$). Це підтверджує, що зовнішній травматичний контекст (нестабільність, переміщення)

опосередковано впливає на соматизацію, хоча цей вплив є менш потужним, ніж внутрішній емоційний стан (тривога).

- **Зв'язок емоцій та тіла** (emotion_link) має слабкий прямий зв'язок (r_s = -0,273; p = 0,001). Це важливий клінічний висновок: підлітки, які більшою мірою усвідомлюють взаємозв'язок між своїми емоціями та фізичними скаргами, мають вищий загальний бал GBB. Це свідчить про високий ступінь емоційного залучення в процес соматизації. Таким чином, кореляційний аналіз підтверджує, що соматизація у підлітків детермінована, в першу чергу, інтенсивністю їхніх внутрішніх стресових переживань (тривоги), а не лише зовнішніми чинниками.

Попередній кореляційний аналіз дозволив верифікувати Основну гіпотезу дослідження, підтвердивши, що рівень тривоги є провідним чинником соматизації. Проте, для побудови цілісної теоретичної моделі психосоматичного реагування у підлітків, не менш важливим є аналіз тих змінних, які не виявили очікуваного зв’язку із загальним рівнем психосоматичних скарг (GBB, p > 0,05).

Обговорення «негативних» результатів є обов'язковим етапом наукового звіту, оскільки це дозволяє:

- Уточнити теоретичні моделі: Обмежити сферу впливу чинників, які традиційно розглядаються в літературі як важливі (наприклад, соціальна підтримка, чутливість), але на емпіричному рівні в цій вибірці не спрацювали.
- Обмежити інтерпретацію: Запобігти хибному припущенню про універсальний вплив усіх чинників, зосередивши фокус лише на статистично значущих активаторах.

В рамках проведеного кореляційного аналізу, низка чинників, які мали б бути пов'язані з рівнем соматизації згідно з теоретичними припущеннями, не виявили достовірних лінійних зв'язків із Загальним балом GBB. Ці статистично незначущі коефіцієнти кореляції (r_s Спірмена), що потребують окремої інтерпретації, представлені у таблиці 3.3

Таблиця 3.3

Кореляційний аналіз взаємозв’язків, що не досягли статистичної значущості

Чинник (Змінна з Анкети)	Коефіцієнт rs	Рівень значущості (p)	Гіпотезований Напрямок	Результат
Настрій дня (day_mood)	+0,260	0,110	Прямий	Відсутній
Скарги без мед. причини (no_med_reason)	+0,170	0,380	Прямий	Відсутній
Емоційна чутливість (sensitive)	−0,070	0,380	Прямий	Відсутній
Ставлення до тіла (body_attitude)	−0,030	0,730	Зворотний	Відсутній
Частота розмов (talk_freq)	+0,060	0,490	Зворотний	Відсутній
Наявність особи підтримки (support_person)	−0,010	0,900	Зворотний	Відсутній
Соціальний настрій (social_mood)	−0,030	0,690	Зворотний	Відсутній
Самоінтерес (self_interest)	+0,105	0,210	Зворотний	Відсутній
Страх неприйняття (fear_unaccept)	+0,070	0,410	Прямий	Відсутній

Примітка: Усі наведені коефіцієнти мають p>0,05, що свідчить про статистично незначущі зв'язки. Нульова гіпотеза (про відсутність зв'язку) не відхиляється.

Аналіз незначущих результатів дозволяє зробити важливі уточнення щодо специфіки психосоматичного реагування підлітків у цій вибірці та звузити фокус подальшого практичного втручання. Була зафіксована відсутність кореляції між GBB та показниками «Наявність особи підтримки» ($rs = -0,01; p=0,90$) та «Частота розмов» ($rs = +0,06; p=0,49$). Це є несподіваним результатом, оскільки соціальна підтримка традиційно розглядається як буфер стресу. Відсутність зв'язку вказує на те, що:

- Кількісний показник не є вирішальним: Сам факт наявності людини, що надає підтримку, не є провідним чинником, що знижує соматизацію.
- Ключову роль відіграє якість: Імовірно, більш значущим фактором є якість, функціональність та адекватність наданої підтримки, а також спроможність підлітка ефективно використовувати цей ресурс, що не було прямо виміряно в анкеті.

Це явище можна пояснити феноменом **формальної підтримки**, коли сам факт наявності близьких (батьків, друзів) не гарантує якість комунікації. Якщо взаємодія не зачіпає глибинних переживань або супроводжується знеціненням емоцій підлітка, така підтримка не виконує терапевтичної функції та не знижує рівень внутрішньої напруги, що підживлює соматичні симптоми. Цей висновок підтверджується результатами інтерв'ю з батьками, що підкреслює необхідність цілеспрямованої роботи для зменшення ризику соматизації.

Відсутність кореляції між GBB та показником «Скарги без мед. причини» (rs =+0,17;p=0,38) є важливим клінічним висновком. Це означає, що свідоме розуміння підлітком того, що його фізичний біль не має органічної природи (тобто є функціональним/психосоматичним), не впливає на фактичну вираженість цих скарг. Психосоматичні симптоми виникають незалежно від раціональної оцінки, підкреслюючи, що психосоматичні процеси часто функціонують на несвідомому рівні і не піддається раціональному контролю без спеціальних психокорекційних технік.

Такі змінні, як «Емоційна чутливість» (sensitive, rs =−0,07) та «Ставлення до тіла» (body_attitude, rs =−0,03), не корелюють із GBB. Це дає підстави стверджувати, що:

- Загальна чутливість не є прямим предиктором соматизації. Провідну роль відіграє не базова схильність до сильних емоцій, а, як показано у значущих результатах, частота переживання специфічних стресових емоцій (тривоги).
- Суб'єктивне ставлення до тіла (позитивне/негативне) не є

вирішальним для вираженості GBB-скарг.

Це свідчить про те, що психосоматичні прояви у даній вибірці не є наслідком дисморфофобічних переживань (невдоволення зовнішністю), а мають глибше, стресогенне коріння. Тіло страждає не через те, що воно "не подобається" підлітку, а через те, що воно перевантажене функцією утримування ефекту тривоги.

Низка змінних, які часто розглядаються в літературі як важливі (зокрема, соціальна підтримка, загальна чутливість), у даному дослідженні не виявили лінійної кореляції із загальним рівнем психосоматичних скарг. Це підкреслює, що ключовими активаторами соматизації є високоспецифічні внутрішні емоційні стани (тривога) та рівень інсайту (усвідомлення емоційно-тілесного зв'язку), а не фонові або загальні соціально-комунікативні чинники. Таким чином, аналіз "негативних" результатів дозволяє звузити мішень психокорекційного впливу: робота повинна бути спрямована не на загальне покращення комунікації чи прийняття зовнішності, а прицільно на зниження рівня тривоги та розвиток навичок істинної, а не формальної, емоційної експресії.

3.2 Практичні рекомендації та техніки для зниження рівня соматичних проявів у підлітків та юнаків

Результати проведеного емпіричного дослідження (n=158) підтвердили наявність сильного, статистично значущого зв’язку між Частотою переживання тривоги/Стресу та Загальним рівнем психосоматичних скарг ($r_s = -0{,}582; p < 0{,}001$). Аналіз U-критерію Манна-Уітні засвідчив, що група дівчат старшого підліткового та юнацького віку (15–25 років) є найбільш вразливою. Встановлено, що ключові скарги у вибірці стосуються загального **виснаження** (GBB-E) та шлунково-кишкових реакцій (GBB-M), які мають пряму кореляцію з тривогою. Крім того, значна частина підлітків демонструє недостатній рівень усвідомлення зв’язку між емоційним напруженням і тілесними сигналами.

На основі виявлених закономірностей, зокрема, високої частоти

виснаження та гендерно-вікової специфіки ризику, є доцільним рекомендувати впровадження факультативної програми, спрямованої на розвиток емоційної регуляції, формування навичок саморегуляції та профілактику соматизації. Пропонуються практичні рекомендації у форматі регулярних групових занять (45–60 хв), особливо рекомендована для старших класів (група ризику 15–25 років), та охоплює такі техніки:

- Техніки заземлення та стабілізації: Вправи, спрямовані на відновлення відчуття центру ваги та опори ("три точки опори"), що є критичним для зняття хронічної м'язової напруги, пов'язаної з **виснаженням**.
- Регуляція вегетативної системи: Діафрагмальне дихання (з акцентом на подовженні видиху) для активації парасимпатичної нервової системи, що є прямим механізмом зниження тривожності та нормалізації роботи ШКТ.
- Техніки усвідомлення тіла: Методики «сканування тіла» (зосередження на відчуттях у м'язах, животі) для розпізнавання перших ознак стресу до їх переходу у фізіологічну скаргу. Беручи до уваги сильний зв'язок між GBB та anxiety_freq, цей компонент є центральним для роботи.
- Когнітивні техніки: Практики «спостереження за емоціями без оцінювання» (Mindfulness), спрямовані на зменшення румінацій (характерних для осіб з високою тривожністю).
- Емоційна ідентифікація: Вправи на диференціацію тілесних симптомів (наприклад, "чи це голод, чи це тривога?") для переходу від тілесного вираження емоцій до їх усвідомлення та вербалізації (**десоматизація**).
- Сенсорні техніки заземлення («5–4–3–2–1»): Використовуються для швидкого зниження гострої тривоги та перенаправлення уваги із внутрішніх соматичних відчуттів на зовнішнє середовище.

З огляду на високий рівень соматизації у дівчат та необхідність роботи з інтерналізованим напруженням, рекомендовано використовувати:

- Невербальна експресія: Пластичні матеріали (глина, пластилін) та

малювання для «вивантаження» тілесного та емоційного напруження, яке важко вербалізувати.

- Рольові ігри: Моделювання типових стресових ситуацій (соціальний тиск, конфлікти) з фокусом на альтернативному емоційному реагуванні та пошуку конструктивних копінг-стратегій.
- Малювання «Карти тіла»: Для візуалізації локалізації скарг (наприклад, відчуття "каменя" у шлунку, "важкості" у тілі) з подальшою вербалізацією пов'язаної з ними емоції.

На підставі емпірично встановленого недостатнього рівня інформованості про природу стресових реакцій, доцільно включати блоки психоосвіти, сфокусовані на:

- Психофізіологія стресу: Пояснення того, як тривога впливає на вегетативну нервову систему, спричиняючи спазм м’язів ШКТ та хронічне м’язове напруження (GBB-G).
- Роль емоційної регуляції: Пояснення того, як розвиток емоційного інтелекту посередньо зменшує психосоматичні симптоми, сприяючи десоматизації.
- Специфіка групи ризику: Інформування про те, чому старші підлітки та дівчата частіше трансформують стрес у тілесні скарги, що слугує основою для самосвідомості та прийняття проблеми.

Беручи до уваги отримані дані про пряму залежність між тривогою та соматизацією, очікується, що впровадження програми призведе до:

- Зниження Рівня Тривоги: Зменшення частоти переживання тривоги/стресу завдяки формуванню навичок саморегуляції.
- Редукція GBB-Скарг: Зниження інтенсивності психосоматичних реакцій, особливо хронічного **виснаження** та шлунково-кишкових симптомів.
- Розвиток Емоційного Інсайту: Зростання здатності розпізнавати та вербалізувати емоції замість їх тілесного вираження.
- Підвищення Адаптивності: Покращення загальної психофізичної

адаптивності до стресових чинників, зокрема пов’язаних із умовами війни, у найбільш вразливих груп.

Тренінг психологічної профілактики та корекції психосоматичних проявів у підлітків і студентів (15–25 років)

Контекст і обґрунтування

Тренінг розроблено на основі емпіричних даних (n = 158), що виявили статистично значущий зв’язок між частотою переживання тривоги/стресу та загальним рівнем психосоматичних скарг, а також підвищену вразливість дівчат старшого підліткового та юнацького віку. Вибір технік зумовлено високою частотою **виснаження** (GBB-E) та шлунково-кишкових реакцій (GBB-M), а також недостатнім усвідомленням зв’язку між емоційним напруженням і тілесними сигналами.

Цільова аудиторія і критерії включення

Підлітки та молодь 15–25 років з ознаками підвищеної тривожності, частими психосоматичними скаргами (виснаження, шлунково-кишкові реакції), а також ті, хто демонструє низький рівень усвідомлення тілесно-емоційного зв’язку. Груповий формат: 10–14 осіб.

Мета та завдання

Мета: зниження психосоматичного навантаження через розвиток емоційної регуляції, навичок саморегуляції та **десоматизації**.

Завдання: (1) підвищити усвідомлення тілесних сигналів і ранніх ознак стресу; (2) навчити базових технік стабілізації та дихання; (3) сформувати навички емоційної ідентифікації та когнітивної переоцінки; (4) розвинути індивідуальні плани самодопомоги і профілактики соматизації; (5) залучити опікунів до підтримки змін.

Очікувані результати

Зниження частоти переживання тривоги/стресу; редукція скарг за GBB (насамперед виснаження і ШКТ-симптоми); підвищення емоційного інсайту та здатності до **десоматизації**; покращення адаптивності до стресових чинників, пов’язаних з умовами війни.

Організація та формат

8 занять по 45–60 хв (2 рази на тиждень або інтенсив 4 тижні). Структура кожної сесії: психоедукація (5–10 хв), розминка/заземлення (5–7 хв), основний модуль (25–35 хв), рефлексія і домашнє завдання (5–8 хв). Матеріали: килимки, плакати/«карти тіла», пластичні матеріали (глина/пластилін), маркери, таймер, аудіо для дихальних вправ.

Безпека та етичні засади

Травма-інформований підхід; добровільність участі; можливість «паузи»; конфіденційність; тренінг не є заміною медичного лікування. За ознак гострого стану — алгоритм кризового реагування і скерування до фахівця.

Оцінювання ефективності

Пре-/пост-оцінювання: GBB (E, M, G), CDRISC-10, короткі шкали тривожності, щоденник симптомів. Сесійні мікро-оцінки (2–3 запитання). Якісні інтерв'ю з опікунами для учасників із найвищою схильністю до соматизації.

Зміст тренінгу (модулі)

Модуль 1. Психоедукація: стрес і соматизація (45–60 хв)

Цілі: сформувати базове розуміння механізмів стресу, ВНС та соматизації, нормалізувати досвід. Вправи: міні-лекція; мозковий штурм «Що для мене означає стрес?»; коротка рефлексія. Домашнє завдання: почати «щоденник симптомів».

Модуль 2. Усвідомлення тіла і ранні ознаки стресу (45–60 хв)

Цілі: навчитися помічати тілесні сигнали до переходу у скаргу. Вправи: «сканування тіла»; вправа «Самоконтроль зовнішнього прояву емоцій»; побудова «карти тіла». Домашнє завдання: 5-хв щоденні практики сканування тіла.

Модуль 3. Заземлення і стабілізація (45–60 хв)

Цілі: швидке зниження гострої тривоги, повернення відчуття опори. Вправи: техніка «три точки опори»; сенсорне заземлення «5–4–3–2–1»;

руханка «Ширше коло». Домашнє завдання: застосувати одну техніку під час напруження.

Модуль 4. Регуляція вегетативної нервової системи через дихання (45–60 хв)

Цілі: активувати парасимпатичну систему, нормалізувати ШКТ-реакції. Вправи: діафрагмальне дихання з подовженим видихом; «квадратне дихання»; усвідомлене дихання (10 циклів). Домашнє завдання: 2–3 дихальні практики на день.

Модуль 5. Емоційна ідентифікація та **десоматизація** (45–60 хв)

Цілі: розрізняти тілесні відчуття і емоції, переводити «тілесну мову» у вербальну. Вправи: «Чи це голод, чи це тривога?»; найменування емоцій без оцінювання; коротка письмова рефлексія. Домашнє завдання: щодня назвати 3 емоції і описати тілесні відчуття.

Модуль 6. Когнітивні техніки і майндфулнес (45–60 хв)

Цілі: зменшити румінації, посилити когнітивну гнучкість. Вправи: спостереження за емоціями без оцінювання; переоцінка думок; «зони контролю». Домашнє завдання: практика «зони контролю» у реальній ситуації.

Модуль 7. Невербальна експресія і рольові ігри (45–60 хв)

Цілі: безпечно вивільнити напруження, відпрацювати копінг-стратегії. Вправи: робота з глиною/пластиліном; малювання «Карти тіла»; рольові ігри (соціальний тиск, конфлікт, екзамен). Домашнє завдання: творча практика 15 хв.

Модуль 8. Інтеграція, план самодопомоги і залучення опікунів (45–60 хв)

Цілі: узагальнити засвоєні техніки, сформувати індивідуальний план. Вправи: складання «плану самодопомоги»; мікрогрупове обговорення бар’єрів; короткий брифінг для опікунів (10–15 хв) з рекомендаціями підтримки. Пост-оцінювання і зворотний зв’язок.

Адаптації для групи підвищеного ризику (дівчата 15–25 років)

Більший акцент на тілесноорієнтованих техніках, десоматизації та невербальній експресії; повільніший темп; додаткові мікропаузи; чутливе фасилітування тем про образ тіла, безпеку і самопідтримку.

Робота з опікунами

Короткі інформаційні зустрічі (1 раз на два тижні, 20–30 хв), лейтмотивні напівструктуровані інтерв'ю для сімей учасників із найвищою схильністю до соматизації; акцент на підтримці регулярності практик вдома, нормалізації досвіду і ненасильницькій комунікації.

Вимоги до тренера і матеріально-технічне забезпечення

Психолог із підготовкою у травма-інформованих підходах; досвід групової роботи з підлітками. Матеріали: килимки, фліпчарт, маркери, друковані бланки (щоденник симптомів, план самодопомоги), пластичні матеріали, таймер, аудіоматеріали.

Алгоритм кризового реагування

Виявлення ознак гострого стану (панічна атака, дисоціативні прояви, суїцидальні висловлювання) — забезпечення безпеки, заземлення, інформування відповідальних дорослих, екстрене скерування до фахівця. Документування події.

Висновки до розділу 3

Проведений емпіричний аналіз на основі непараметричних критеріїв (кореляція Спірмена та U-критерій Манна-Уітні) повністю підтвердив ключові гіпотези **дослідження** щодо взаємозв'язку між рівнем дистресу та психосоматичними проявами в умовах військового стресу.

Основна гіпотеза про наявність прямого зв'язку між рівнем стресу/тривоги та соматичними скаргами повністю підтверджена.

- Провідний Чинник (Кореляція): Виявлено сильний прямий кореляційний зв'язок між Загальним балом GBB та Частотою переживання тривоги/Стресу ($r_s = -0{,}582; p < 0{,}001$). Цей результат однозначно встановлює тривогу як провідний внутрішній активатор механізмів соматизації у підлітків.

- Специфіка Проявів: Серед усіх субшкал GBB, психоемоційне навантаження найсильніше трансформується у **Виснаження** (GBB-E) (rs =−0,480) та Шлункові скарги (GBB-M) (rs =−0,454).
- Контекстуальний Вплив: Хоча Зміни через війну (rs =−0,266) мають слабший вплив, вони статистично значуще асоційовані з GBB, підтверджуючи вплив зовнішнього травматичного контексту на фізичне самопочуття.

Додаткова гіпотеза про існування значущих відмінностей за віком та статтю повністю підтверджена.

- Гендерна Специфіка: Жінки (дівчата) продемонстрували статистично значущо вищий загальний рівень психосоматичних скарг (p=0,009) порівняно з чоловіками, тоді як різниця у частоті переживання тривоги була не значущою (p=0,078). Це вказує на те, що гендерний чинник визначає канал реагування — жінки значно частіше інтерналізують емоційний дистрес у тілесні скарги.
- Вікова Динаміка: Старші підлітки та юнаки (15–25 років) мають значущо вищі показники як за Частотою тривоги (p=0,025), так і за Загальним балом GBB (p=0,041). Це пояснюється сукупним впливом нормативних криз юнацького віку та зростанням екзистенційного навантаження в умовах війни.

Найбільш вразливою групою, що потребує цільової психологічної підтримки, є дівчата старшого підліткового та юнацького віку. Обговорення «негативних» результатів дозволило уточнити модель соматизації у цій вибірці. Була виявлена відсутність лінійного зв'язку між GBB та такими чинниками, як Наявність особи підтримки (p=0,900), Загальна емоційна чутливість та Ставлення до тіла. Це свідчить про те, що соматизація є високоспецифічним процесом, який залежить, перш за все, від інтенсивності внутрішнього емоційного дистресу, а не від загальної кількості соціальних ресурсів чи базових особистісних рис. Вирішальну роль відіграє не факт наявності підтримки, а здатність підлітка ефективно використовувати ресурси та його внутрішній емоційний стан. **Отже отримані дані дають надійне**

емпіричне підґрунтя для розробки цільових тренінгів психологічної профілактики, сфокусованих на зменшенні частоти тривожних переживань та навчанні навичкам ефективної емоційної саморегуляції. Важливим доповненням є робота із сім’ями учасників, які демонструють найвищу схильність до соматизації, з акцентом на підтримці регулярності практик вдома, нормалізації досвіду та формуванні ненасильницької комунікації.

ВИСНОВКИ

1. У результаті виконання кваліфікаційної роботи було досягнуто поставленої мети — проведено **емпіричне дослідження психосоматичних проявів у підлітків та юнаків в умовах хронічного військового стресу**, а також повністю верифіковано висунуті гіпотези. Проаналізовано теоретичні підходи до вивчення психосоматики. Теоретичний аналіз засвідчив, що **психосоматика** є міждисциплінарною галуззю. Ключовим механізмом формування тілесних скарг визначено **хронічний стрес,** який призводить до фази **виснаження**. Також обґрунтовано, що важливим захисним механізмом є **десоматизація** — здатність усвідомлювати та вербалізувати емоційний дистрес. Ключовим механізмом формування тілесних розладів визначено хронічний дистрес, який, згідно з концепцією Г. Сельє, призводить до фази **виснаження** адаптаційних резервів організму. Розгляд природи стресостійкості крізь призму теорії психічної регуляції та довільної саморегуляції дозволив встановити її залежність від вікових особливостей: підлітковий розвиток, як фізіологічно нерівномірний та стрибкоподібний процес, створює природну вразливість психіки. З’ясовано, що в умовах війни відбулася кардинальна трансформація ієрархії стресорів та особистісних смислів підлітків: якщо раніше причинами фрустрації та деструктивної поведінки виступали побутові чинники (шкільні оцінки, непорозуміння з батьками), то нині на перший план вийшли екзистенційні загрози (безкінечні повітряні тривоги, загибель людей, безпосередня загроза життю), що призвело до феномену «вимушеного дорослішання», коли деякі вікові проблеми відійшли на другий план. Доведено, що збереження психологічного здоров’я в таких умовах залежить від сформованості механізмів резильєнтності, які включають використання продуктивних копінг-стратегій, емоційну врівноваженість, здатність до когнітивної переоцінки ситуації (аналіз джерела стресу, прийняття неминучого) та фокусування на довгостроковій перспективі, що в комплексі забезпечує зниження рівня тривожності та

відновлення внутрішнього ресурсу, що в свою чергу безпосередньо пов'язано із зниженням психосоматичних проявів, як наслідком накопичених і не прожитих емоцій.

2. **Визначено особливості психічного розвитку у підлітковому та юнацькому віці.** Підлітковий та юнацький вік визнано періодом підвищеної вразливості через незавершеність процесів емоційної регуляції. Встановлено, що саме гострота соціальних чинників та екзистенційне навантаження в умовах військового стресу багаторазово посилюють ризик **соматизації**. Забезпечено методологічну валідність дослідження. Попередня статистична обробка підтвердила, що розподіл усіх ключових змінних статистично значущо відхиляється від нормального закону. Цей факт, а також висока гетерогенність вибірки, зумовили вибір непараметричних методів (U-критерій Манна-Уітні та rs Спірмена), що забезпечило методологічну точність фінальних висновків.

3. **Виявлено чинники впливу стресу в умовах війни на розвиток психосоматичних проявів**, ідентифікований як провідний внутрішній активатор механізмів **соматизації**. Кореляційний аналіз встановив сильний прямий зв'язок між GBB та Частотою переживання стресорів, що підтвердило основну гіпотезу. Встановлено, що психоемоційне навантаження найсильніше трансформується у скарги, пов’язані з **Виснаженням** (GBB-E) та Шлунковими скаргами (GBB-M). Проведено аналіз незначущих результатів, який дозволив уточнити теоретичну модель, показавши, що **соматизація** залежить від інтенсивності внутрішнього емоційного **дистресу**, а не від кількісної наявності соціальних ресурсів.

4. **Проведено емпіричне дослідження верифіковано додаткові гіпотези щодо груп ризику**. Визначено, що гендерний чинник визначає канал реагування: Жінки (дівчата) продемонстрували статистично значущо вищий загальний рівень скарг, що вказує на їхню схильність до інтерналізації емоційного **дистресу**. Встановлено, що віковий чинник визначає інтенсивність стресу: Старші підлітки та юнаки (15–25 років) виявили значущо вищі

показники як за частотою тривоги, так і за загальним балом GBB. Ідентифіковано найбільш вразливу групу — дівчата старшого підліткового та юнацького віку, отже отримані результати засвідчили нагальну потребу у впровадженні спеціалізованих психологічних технік для підвищення стресостійкості підлітків. Емпірично підтверджено, що високий рівень психоемоційного напруження (який включає тривогу, страх неприйняття та втрату інтересу) має прямий кореляційний зв'язок із **соматизацією** — трансформацією психічних переживань у тілесні симптоми. Це вказує на те, що зниження рівня стресу можливе через вплив на внутрішні когнітивні механізми особистості. У роботі проаналізовано феномен резильєнтності як динамічної системи навичок, що дозволяють особистості адаптуватися до екстремальних умов. Виявлено, що збереження психологічного благополуччя під час кризових ситуацій (зокрема, війни) залежить від наявних ресурсів: інтелекту, фізичного стану та продуктивних копінг-стратегій.

Результати кореляційного аналізу доводять, що фокусування на негативі та соціальна ізоляція посилюють психосоматичні прояви. Натомість, зміна ставлення до стресорів — від пасивного переживання до когнітивної переоцінки (прийняття неконтрольованих обставин та фокусування на довгостроковій перспективі) — є ключовим фактором профілактики розладів. Таким чином, психокорекційна робота з підлітками повинна базуватися на розвитку емоційної врівноваженості та навичок соціальної взаємодії.

5. З урахуванням психологічних чинників та даних, отриманих у ході емпіричного дослідження, сформульовано комплексні рекомендації щодо зниження проявів і запобігання розвитку психосоматичних симптомів у підлітків та юнаків в умовах війни. **Емпіричні результати** (встановлений зв’язок між високою частотою тривожних переживань і **соматизацією**, а також гендерно-вікова специфіка ризику) стали підґрунтям для розробки цільового тренінгу психологічної профілактики. Програма включає практичні техніки, спрямовані на розвиток навичок **десоматизації**, емоційної саморегуляції та тілесноорієнтованих методів роботи з хронічним

виснаженням і вегетативною напругою. Особливий акцент зроблено на психоосвітніх блоках, формуванні навичок усвідомлення тілесних сигналів, регуляції дихання, когнітивній переоцінці та невербальній експресії.

Важливим доповненням є залучення сімей учасників із найвищою схильністю до **соматизації** через лейтмотивні інтерв'ю та короткі інформаційні зустрічі, що забезпечують підтримку регулярності практик вдома, нормалізацію досвіду та формування ненасильницької комунікації. Узагальнюючи, досягнення поставленої мети та верифікація гіпотез дозволили не лише уточнити теоретичні уявлення про психосоматику в умовах хронічного стресу, але й розробити науково обґрунтовані рекомендації для практичної роботи, які можуть бути впроваджені у навчальних і соціально-психологічних контекстах.

Здійснене дослідження не претендує на остаточне і вичерпне вирішення зазначеної проблеми. Вирішення поставлених завдань відкрило ще більше питань, які виходять далеко за межі формату Кваліфікаційної роботи, що, власне, й підкреслює надзвичайну перспективність вивчення мотиваційної сфери особистості. Доцільним є подальше несуперечливе розширення аксіоматичної моделі мотиваційної сфери особистості за рахунок виявлення нових показників, удосконалення наявних мотиваційних типологій особистості, залучення до дослідження не лише студентів-психологів, а й студентів інших спеціальностей та старшокласників

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрєєва Л. А. Методи профілактики психосоматичних захворювань у підлітків: новітні тенденції : *Актуальні питання медицини та біології.* 2023. Вип. 16. С. 10–21.

2. Багаторівнева структура психосоматичних симптомокомплексів у дорослих і підлітків: результати клінічних спостережень. Психологія сьогодення. 2022. Т. 7, № 5. С. 56–72. URL: https://ekhsuir.kspu.edu (дата звернення: 23.10.2024).

3. Бліхар, В. С. (ред.). Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: *збірник матеріалів VII Всеукраїнської науково-практичної конференції* (28 жовтня 2022 року). Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ. 2022. 412 с. Доступно за посиланням: https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/5051/1/28_10_2022.pdf

4. Бойко, А. В. Техніки релаксації для профілактики психосоматичних захворювань у підлітків. *Методика психотерапевтичної допомоги.* 2022. 5(1), 40-45. URL: https://psychotherapyguide.com

5. Бойко, Т. О. Когнітивно-поведінкова терапія у лікуванні психосоматичних розладів у підлітків. Психотерапевтична практика. 2021. 18(3), 65- 72.

6. Бойчук, Т. В. Терапія психосоматичних захворювань: інтеграція психологічних, біологічних і соціальних підходів. Львів: ЛНМУ, 2021. 330 с.

7. Бойчук, Т. В. Роль психологічних стресорів у розвитку соматичних захворювань. Львів: ЛНМУ, 2022. 260 с.

8. Вальковська М. О., Сингаївська І. В. Застосування методів арттерапії для розвитку резильєнтності у дітей під час війни. *Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку:* тези доповідей IV Міжнародної конференції (Київ, 07 грудня 2022 р.). К.: Університет "КРОК", 2022. С. 348–351. https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE-2022/paper/view/1307

9. Гончар, І. В. Стрес і психосоматичні розлади: методи дослідження та терапії. Київ: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2021. 272 с.

10. Гончаренко, Н. І. Стрес і психосоматичні розлади: механізми розвитку і методи терапії. Харків: ХДУ, 2018. 320 с. (Книга, 320 сторінок)

11. Гриб Л. О., Шавровська Н. В. Соціально-психологічні детермінанти виникнення психосоматичних розладів у підлітків. Психосоматична медицина та загальна практика. 2019. Т. 4, № 3. С. 112–121. URL: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp (дата звернення: 23.10.2024).

12. Гриб Л. О., Шавровська Н. В. Соціально-психологічні детермінанти виникнення психосоматичних розладів у підлітків : Актуальні проблеми природничих і гуманітарних наук у дослідженнях молодих учених. Родзинка – 2019: *матеріали Всеукраїнської наукової конференції молодих учених*, Черкаси, 2019. С. 253–255. URL: https://eprints.cdu.edu.ua/id/eprint/3556.

13. Грицик, О. Ю. Історія психосоматики: від античності до сучасних теорій. Львів: ЛНУ, 2015. 232 с.

14. Грицюк І., Хливна О. Психологічні особливості впливу стресу на психосоматичні розлади у дітей старшого шкільного віку : *Вісник психології та медицини*, 2019. №2. С. 15–22. URL: https://evnuir.vnu.edu.ua/handle/123456789/20012.

15. Грищенко, О. С. Психосоматичні розлади у підлітків: психологічні тренінги для розвитку емоційної грамотності. *Український журнал клінічної психології*, 2019. 14(4), 110-118.

16. Даниленко О. Ю., Нечипоренко О. Л. Особливості психосоматичних розладів у підлітків в умовах військового конфлікту : Психологія і суспільство. 2023. Т. 9, №1. С. 52–65.

17. Деркач, А. С. Психосоматичні розлади: сучасні підходи. Київ: Видавничий дім, 2020. 300 с.

18. Діти і війна: психологічний вплив / НАПН України. Київ: НАПН України, 2023. 320 с.

19. Дюнбар, Ф. Психосоматичні захворювання: аналіз причин і

лікування. Харків: ХНУ, 2014. 288 с.

20. Загородня М. І., Литвиненко С. В. Психосоматичні реакції у дітей: міждисциплінарний підхід *: Вісник психології і педагогіки*. 2021. Т. 4, №2. С. 88–96.

21. Іванова, О. М. Когнітивно-поведінкова терапія в лікуванні психосоматичних розладів. Львів: ЛНМУ, 2019. 275 с. (Книга, 275 сторінок)

22. Клевець, Л. Соціально-психологічна детермінація імагінальної дисфункції у студентської молоді з психосоматичними розладами. Психологічні науки, 2019. (2), 99-106. Доступно за посиланням: https://pi.iod.gov.ua/images/pdf/2019_2/14.pdf

23. Коваленко, Л. М. Адаптаційні механізми та їх роль у психосоматичній медицині. Харків: ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2021. 285 с.

24. Ковальчук, Т. В. Психосоматичні розлади: сучасний стан досліджень і лікування. Київ: Видавництво НПУ, 2017. 248 с. (Книга, 248 сторінок)

25. Кондаш О. Методи оцінювання рівня тривожності підлітків: адаптація шкал. *Журнал експериментальної психології*. 2018. Т. 10, № 3. С. 34- 47. URL: https://journals.ua (дата звернення: 23.10.2024).

26. Кравчук О.В., Сингаївська І.В. Тренінгова програма зниження рівня страхів та тривоги у підлітків. Держава, регіони, підприємництво: *інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку:* тези доповідей V Міжнародної конференції (Київ, 7 грудня 2023 р.) Київ: Університет «КРОК», 2023. https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE-2023/paper/view/1708

27. Кузнєцова Н. І., Петрова Т. В. Сучасні уявлення про генералізовані нейропсихічні синдроми та психосоматичні розлади у підлітків. Журнал психічного здоров'я, 2023. 15(3), 45-52.

28. Кучма В. Р., Коренев М. М., Хижняк М. П. Формування здорового способу життя серед дітей та підлітків: актуальні виклики сьогодення : *Вчені записки університету КРОК*. 2021. №4. С. 34–48.

29. Литвиненко, В. А. Психосоматичні розлади та сучасні методи лікування. Харків: ХНМУ, 2019. 310 с.

30. Магдисюк Л. І., Грицюк І. М., Замелюк М. І. Особливості виникнення психосоматичних розладів у підлітків. Психосоматична медицина та загальна практика. 2022. Т. 7, № 4. С. 45–58. URL: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp (дата звернення: 23.10.2024).

31. Магдисюк Л. І., Грицюк І. М., Замелюк М. І. Особливості виникнення психосоматичних розладів у підлітків : *The psychological health of the personality and society: the challenges of today* : монографія / Ред. Małgożata Турбярз, Ганна Варина. Ополе: Академія менеджменту і адміністрації в Ополе, 2020. Ч. 1.5. С. 36–41. URL: https://evnuir.vnu.edu.ua/handle/123456789/19063.

32. Максименко, І. О. Нейропсихологічні аспекти психосоматичних захворювань: сучасні підходи до дослідження. Психологія та психіатрія, 2018. 16(3), 30-45.

33. Мелесик С. В., Сингаївська І. В. Аналіз психосоматичних проблем у підлітків. Держава, регіони, підприємництво*: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку*: тези доповідей IV Міжнародної конференції (Київ, 07 грудня 2022 р.). К.: Університет "КРОК", 2022. С. 293-296. https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE-2022/paper/view/1273

34. Мелесик С. В., Сингаївська І. В. Результати дослідження психологічних особливостей підлітків з психосоматичними захворюваннями. Держава, регіони, підприємництво: *інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку*: тези доповідей V Міжнародної конференції (Київ, 7 грудня 2023 р.) Київ: Університет «КРОК», 2023. https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE-2023/paper/view/1709

35. Мелесик С. В., Сингаївська І. В. Характерні прояви психосоматичних проблем у підлітковому віці. *Підтримка психологічного здоров'я особистості в умовах війни*: тези доповідей VI Всеукраїнських психологічних читань (Умань, 21 квітня 2023 р.). Умань : Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини, 2023. С. 156–159.

http://surl.li/rbjki

36. Михайлова, С. В. Психологічний вплив травматичних подій на здоров'я людини. Черкаси: ЧНУ, 2022. 256 с. (Книга, 256 сторінок)

37. Міжнародна класифікація хвороб. МКБ-10: Офіційне видання Всесвітньої організації охорони здоров'я. Женева: ВООЗ, 196 с. URL: https://www.who.int/classifications/icd/en/

38. Назаренко, М. В. Біоінформатика в дослідженнях психосоматичних розладів: *г*енетичні маркери та їх застосування. Медична біоінформатика, 2020. 7(2), 72-80.

39. Нікулін, О., Сидоренко, М. Аналіз впливу психоемоційних чинників на розвиток психосоматичних симптомів у підлітків. *Вчені записки Університету "КРОК"*, 2023. №3(72), с. 89-95.

40. Олійник Т. І., Чернова А. П. Моніторинг психосоматичних розладів у підлітків в умовах війни. *Журнал психотерапевтичних досліджень*, 2020. 9(1), 23-30.

41. Психоемоційні чинники адаптації підлітків в умовах соціальної невизначеності. Практична психологія. 2023. Т. 5, № 4. С. 101–112.

42. Психосоматичні порушення у дітей і підлітків під час війни: психоендокринні аспекти. *Український медичний часопис*. 2023. № 4. С. 78–89. URL: https://umj.com.ua (дата звернення: 23.10.2024).

43. Рахманов В. Внутрішньосімейні неврози: психосоматичні, невротичні та соматоформні розлади у дітей та підлітків. Київ: Медична література, 2023. 250 с.

44. Рибакова М. В., Чуприна Л. В. Методи профілактики психосоматичних захворювань у підлітків. *Науковий вісник медичної психотерапії*, 2021. 27(4), 58-65.

45. Рибакова, О. В. Психосоматичні розлади: генеза та терапевтичні підходи. *Вісник медичної психології*, 2021. 7(4), 45-49. URL: https://www.visnikmedpsy.com

46. Роль когнітивно-трансактної теорії стресу у формуванні

психосоматичних проявів у підлітків. *Науковий вісник ХНПУ ім. Г. С. Сковороди*. 2020. Т. 6, № 2. С. 48–63.

47. Сельє Ганс та послідовники Анатомія стресу / упоряд. Є. Скіндер-Влас. Київ : Вид. дім Медкнига, 2024. 148 с.

48. Семенова, Ю. В. Когнітивні процеси і психосоматичні порушення: теоретичний аналіз. Одеса: ОНУ ім. І. І. Мечникова, 2020. 230 с.

49. Сергієнко, О. В. Психосоматика як наука: теоретичні засади і практичне застосування. Київ: НУБіП України, 2018. 356 с.

50. Сидоренко, І. А. Психологічні фактори, що впливають на розвиток соматичних захворювань. Львів: ЛНМУ, 2020. 274 с.

51. Сингаївська І. В., Іванова О. В. Коучинговий підхід як інструмент для встановлення довірливих стосунків між батьками і підлітками. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 2023. № 2 (70). С. 166–172. DOI 10.31732/2663-2209-2022-70-166-172 http://snku.krok.edu.ua/index.php/vcheni-zapiski-universitetu-krok/article/view/607/632

52. Сингаївська І.В., Федорець С. Б. Підлітковий вік як один із критичних періодів психосексуального розвитку людини. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 2022. №4 (68). С. 107–114. DOI https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-68-107-114.

53. Смирнова О. Л., Бойко І. С. Профілактика і подолання психосоматичних розладів у підлітків в умовах війни. *Український журнал психіатрії*, 2022. 18(6), 104-110.

54. Смирнова, І. І. Психосоматичні розлади у підлітків: вплив стресу і соціальних факторів. Психологія та освіта, 2020. 6(2), 27-33. URL: https://psyedjournal.com

55. Соціально-психологічні чинники розвитку життєстійкості підлітків в умовах війни: дипломна робота / Університет Грінченка. Київ, 2022. URL: https://library.kubg.edu.ua (дата звернення: 23.10.2024).

56. Тарасюк, В. В. Інтеграція психоосвітніх заходів у шкільні програми: вплив на розвиток психосоматичних розладів у підлітків. *Журнал*

дитячої психології, 2020. 25(2), 35-48.

57. Тимошенко, О. В. Нейробіологія стресу та його вплив на психосоматичні захворювання. Київ: КНУ ім. Т. Шевченка, 2020. 275 с.

58. Ткаченко, В. В. Механізми стресу і психосоматичні захворювання. Київ: КНУ ім. Т. Шевченка, 2017. 245 с.

59. Федорова, О. М. Психологічні аспекти стресових реакцій і їх фізіологічні прояви. Київ: Видавництво “Психологія”, 2019. 234 с.

60. Фройд З. Вступ до психоаналізу /Пер. з нім. П.Таращук. Київ : Основи, 1998. 709 с. https://shron1.chtyvo.org.ua/Freud_Sigmund/Vstup_do_psykhoanalizu.pdf

61. Фройд, З. Тлумачення сновидінь. Фоліо, 2025, 601 с.

62. Хомуленко Т. Б., Я. О. Василенко, and М. В. Коваленко. «Психосоматичний підхід у проблематиці психології розвитку: теоретичні та прикладні аспекти.» *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені ГС Сковороди. Психологія* 49, 2014. 176-192.

63. Хохліна І.В., Сингаївська І.В. Психологічні особливості самооцінки дітей підліткового віку. Держава, регіони, підприємництво: *інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку: тези доповідей ІІ Міжнародної конференції* (Київ, 20 листопада 2020 р.). К.: Університет "КРОК", 2020. С. 90–92. - https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE2020/paper/view/159

64. Чепурна Л. В., Смирнова О. М. Гіпоталамо-нейросекреторна система: механізми адаптації в умовах стресу : Збірник наукових праць Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. 2022. Т. 28, №3. С. 18–27.

65. Чернишова, І. О. Біопсихосоціальний підхід у психосоматичній медицині. Київ: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2020. 288 с.

66. Шевченко, М. О. Психосоматичні розлади та їх терапевтичне лікування. Харків: ХНМУ, 2015. 312 с.

67. Шевчук Д.Ю., Сингаївська І.В. Психологічна допомога при

психосоматичних проявах. Держава, регіони, підприємництво: *інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку*: тези доповідей V Міжнародної конференції (Київ, 7 грудня 2023 р.) Київ: Університет «КРОК», 2023. https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE-2023/paper/view/1852

68. Шматко Н. Вплив психологічного стресу на психосоматичні порушення : *Соціально-психологічний журнал*, 2022. №7. С. 44–51.

69. Barrera, M. Social isolation and its impact on psychosomatic health: The role of emotional support. *Journal of Psychosomatic Research*, 2018. 102(3), 120-128.

70. Beck, A. T. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. *The Guilford Press*. 2018.

71. Chumak, O. V. The role of psychotherapy in psychosomatic treatment. *Journal of Psychological Medicine*, 2021. 32(1), 85-94.

72. Engel, G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 1977. 196(4286), 129-136.

73. Erikson E. H. Childhood and society. 50th Anniversary Ed. New York : W. W. Norton & Company, 2000. 448 p.

74. Freud, S. The interpretation of dreams. Basic Books. 2020.

75. Gilligan M., Suitor J. J., Rurka M., Silverstein M. Multigenerational social support in the face of the COVID-19 pandemic. Journal of Family Theory & Review. 2020. Vol. 12, No. 4. P. 431–447. URL: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jftr.12396

76. Jacobson, E. Progressive Relaxation. *University of Chicago Press.* 2020.

77. Kolosov, P. V. Psychosomatic disorders in adolescence: Treatment strategies and psychological support. *Journal of Child Psychiatry*, 2020. 18(3), 6775.

78. Lupien S. J., McEwen B. S., Gunnar M. R., Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. Nature Reviews Neuroscience. 2009. Vol. 10, No. 6. P. 434–445. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/

79. McEwen B. S. Neurobiological and Systemic Effects of Chronic Stress. Chronic Stress. 2019. Vol. 3. DOI: 10.1177/2470547019849933. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28856337/

80. McEwen, B. S. Stress and the individual: Mechanisms of psychosomatic illness. *Journal of Neuroscienc*e, 2019. 40(1), 25-39.

81. McEwen, B. S. Stress and the individual: Mechanisms of psychosomatic illness. *Journal of Neuroscience*, 2020. 40(1), 25-39.

82. Monroe, S. M. Teacher-student relationships and the development of psychosomatic issues in adolescence. *Journal of Educational Psychology*, 2019. 111(3), 405-420.

83. Sakizadeh, M. Family conflict and psychosomatic disorders in adolescents: The role of emotional regulation. Child and Adolescent Mental Health, 2020. 25(2), 111-118.

84. Siegel D. J. The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are. 3rd ed. New York : Guilford Publications, 2020. 640 p.

85. Siegel D. J. The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are. 3rd ed. New York : Guilford Publications, 2020. 640 p.

86. Soma, C., & Tavares, J. Psychosomatic Disorders: Understanding the Body-Mind Connection. *Psychological Research Journal*, 2018. 15(2), 110120.

87. The Global Psychotherapist. *Міждисциплінарний електронний журнал з позитивної та транскультурної психотерапії*. Volume 4, Issue 2, July 2024. Доступно за посиланням: https://www.positum.org/wp-content/uploads/2024/07/JGP_Vol.-4.-No.-2.-July-2024-uk.pdf

88. Tonkiss, F. Academic stress and its effects on adolescent mental health. *European Journal of Psychological Studies*, 2019. 14(4), 45-57.

89. WHO International Classification of Diseases (ICD-11). World Health Organization. 2019. https://www.who.int/classifications/icd/en/

90. World mental health report: Transforming mental health for all.

Geneva : World Health Organization, 2022. 296 p. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338

91. World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva : World Health Organization, 2022. 296 p. https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338

92. Zetterqvist, M. Peer bullying and psychosomatic symptoms: A review of the impact of adolescent peer relationships. *Scandinavian Journal of Child Psychology*, 2021. 18(1), 54-62.

Всього джерел – 92

Джерел за останні десять років – 81

Джерел зарубіжних авторів за останні десять років – 20 (71;72;73;… 92;93;94)

Джерел українських авторів за останні десять років – 61 (1;2;4;5;6;… 68;69;70)

ДОДАТКИ

Додаток А

Гіссенський опитувальник соматичних скарг

Гіссенський опитувальник соматичних скарг виявляє інтенсивність емоційно забарвлених скарг з приводу стану фізичного здоров'я, яка високо корелює з маскованою депресією. Для правильної інтерпретації необхідно з'ясувати, чи немає у обстежуваного встановлених соматичних захворювань з підтвердженими діагнозами.

Опитувальник має 5 шкал:

E: Виснаження.

M: Шлункові скарги.

G: Ревматичний чинник.

H: Серцеві скарги.

Загальний бал.

Бланк опитувальника

Інструкція: Поставте після кожного пункту опитувальника цифру, що відповідає вашому звичайному стану:

0 — не турбує ніколи;

1 — турбує дуже рідко;

2 — часом турбує;

3 — часто турбує;

4 — турбує майже постійно.

Чи турбують вас:

E	G
Відчуття слабкості	Болі в суглобах і кінцівках
Підвищена сонливість	Болі в поясниці або спині
Швидка виснажуваність	Болі в шиї, потилиці або плечових суглобах Головні болі
Втома	
Відчуття оглушеності	
Млявість	Відчуття важкості або втоми в ногах

	Відчуття тиску в голові
M	H
Відчуття переповнення в шлунку	Серцебиття, перебої в серці
Блювота	Запаморочення
Нудота	Відчуття грудки в горлі
Відрижка	Важкість в грудях
Печія	Напади задухи
Болі в шлунку	Серцеві напади

Оцінка результатів

E: Виснаження. Характеризує суб'єктивне уявлення людини про наявність/втрату життєвої енергії і потребу в допомозі. Корелює з депресивним станом, **алекситимією**.

M: Шлункові скарги. Шкала відображає вираженість психосоматичних шлункових нездужань (епігастральний синдром).

G: Ревматичний чинник. Шкала виражає суб'єктивні страждання людини, що носять алгічний або спастичний характер.

H: Серцеві скарги. Зазвичай, у здорових обстежуваних серцеві скарги найбільш необґрунтовані. Високий бал за шкалою свідчить про приписування собі неіснуючих симптомів з метою привернути увагу або звернутися по допомогу.

Загальний бал: Загальний бал показує інтенсивність соматичних скарг. Добре корелює з депресією, алекситимією, особистісною тривожністю.

Нормативів для окремих шкал не передбачено. Оцінюється загальний бал виходячи з того, що при максимально можливій сумі в 100 балів серед здорових людей 50% має менше 14 балів, 75% — менше 20, 100% — менше 40 балів.

Додаток Б

Авторська анкета «Оцінки психосоматичного статусу, стрес-чинників та адаптаційних ресурсів підлітків»

1. Скільки тобі років? _____

2. Як ти почуваєшся зазвичай протягом дня?

☐ Дуже добре

☐ Добре

☐ Змінюється — то добре, то погано

☐ Часто погано

3. Чи бувають у тебе такі симптоми? (можна обрати кілька варіантів)

☐ Головний біль

☐ Біль у животі

☐ Сильне серцебиття

☐ Запаморочення

☐ Утруднене дихання

☐ Свербіж, висипи на шкірі

☐ Нудота, блювання

☐ Відсутність апетиту або переїдання

☐ Тремтіння рук або ніг

☐ Пітливість без причини

☐ Болі у м'язах чи спині

☐ Проблеми зі сном

☐ Постійна втома

☐ Інше: _____

☐ Нічого з цього

4. Як часто це трапляється?

☐ Щодня

☐ Кілька разів на тиждень

☐ Раз на місяць

☐ Дуже рідко або ніколи

5. Коли ці симптоми найчастіше з’являються?

☐ У школі

☐ Перед контрольними, іспитами

☐ Вдома

☐ У транспорті або людних місцях

☐ Після конфліктів

☐ Перед сном

☐ Інше: _____

6. Чи пов’язуєш ти свій фізичний стан із почуттями або емоціями?

☐ Так

☐ Частково

☐ Ні

☐ Не знаю

7. Як ти зазвичай себе почуваєш, коли переживаєш стрес або сильні емоції?

• Болить живіт або з’являються проблеми з травленням

• Часто болить голова або паморочиться

• Важко дихати, ніби не вистачає повітря

• Сильно пітнію або тремор руки/ноги

• З’являються висипання, свербіж, або шкіра стає чутливою

• Важко заснути або прокидаюсь серед ночі

• Хочеться плакати або я плачу без причини

• Відчуваю постійне хвилювання, тривогу або страх

• Не хочу ні з ким говорити, замикаюся в собі

• Стаю дуже злим/злою або легко дратуюсь

• Перестаю їсти або, навпаки, переїдаю

• Часто думаю про сумне або погане

• Ховаюсь у телефоні, комп’ютері, серіалах або іграх

• Мені хочеться втекти, зникнути або сховатися

• Говорю з другом/подругою або звертаюсь до дорослого, якому довіряю

• Іду гуляти, займаюсь спортом або творчістю, щоб відволіктись

• Інше (вкажи свій варіант): _____

8. Що тебе найчастіше турбує або засмучує? (Можеш написати кілька речень)

• Конфлікти з батьками або нерозуміння в сім’ї

• Проблеми у спілкуванні з друзями, почуття самотності

• Надмірний тиск у школі, багато завдань, страх зробити помилку

• Почуття, що мене не приймають або не цінують

• Порівняння себе з іншими — зовнішність, успішність, популярність

• Тривожність через війну, переїзди, втрату звичного середовища

• Страх не виправдати очікування дорослих або себе

• Власна невпевненість, низька самооцінка

• Відчуття, що я не справляюся або втрачаю контроль

• Хвороби, часті болі або незрозуміле погіршення самопочуття

• Почуття провини або сорому без чіткої причини

• Зміни в тілі, зовнішності, гормональні коливання

• Втрата інтересу до улюблених справ, апатія

• Інше (вкажи свій варіант): _____

9. Коли ти засмучений/засмучена або нервуєш, що ти робиш?

☐ Плачу

☐ Мовчу, закриваюсь

☐ Кричу, дратуюсь

☐ Хочу бути сам/сама

☐ Малюю, слухаю музику, граю

☐ Розповідаю комусь

☐ Інше: _____

10. Чи є хтось, із ким ти можеш поговорити, коли тобі важко?

☐ Так

☐ Іноді

☐ Ні

11. Як часто ти говориш про свої почуття з дорослими?

☐ Часто

☐ Інколи

☐ Дуже рідко

☐ Ніколи

12. Що допомагає тобі почуватися краще, коли тобі погано? (можна обрати кілька)

☐ Прогулянка

☐ Сон

☐ Спілкування з другом/подругою

☐ Обійми або розмова з батьками

☐ Тварини

☐ Малювання, спів, творчість

☐ Улюблена музика або фільм

☐ Спорт або активність

☐ Інше: _____

13. Чи бувало таке, що лікарі не знаходили причини твоїх скарг?

☐ Так

☐ Ні

☐ Не пам’ятаю

14. Як часто ти відчуваєш тривогу або страх без чіткої причини?

☐ Часто

☐ Інколи

☐ Рідко

☐ Ніколи

15. Що саме викликає у тебе найбільше хвилювання?

☐ Школа, навчання

☐ Стосунки з батьками

☐ Стосунки з однолітками

☐ Майбутнє, війна, новини

☐ Власне здоров’я

☐ Інше: _____

16. Як ти ставишся до свого тіла?

☐ Подобається

☐ Іноді незадоволений/а

☐ Часто незадоволений/а

☐ Важко сказати

17. Чи вважаєш ти себе чутливою людиною?

☐ Так

☐ Не завжди

☐ Ні

18. Чи є у тебе страх бути незрозумілим або неприйнятим?

☐ Так

☐ Інколи

☐ Ні

19. Чи доводилось тобі звертатися по допомогу до психолога?

☐ Так

☐ Ні

☐ Хотів/ла б, але не знаю як

☐ Можливо, у майбутньому

20. Чи хотів/хотіла б ти більше дізнатися про себе, свої емоції та як із ними справлятись?

☐ Так

☐ Можливо

☐ Ні

21. У яких ситуаціях удома ти найчастіше помічаєш у себе погіршення самопочуття? (Кілька варіантів відповіді

- Після конфліктів із батьками
- Коли вдома напружена атмосфера
- Коли хтось із близьких хворіє або відсутній
- Коли залишаюсь наодинці
- Інше: _____
- Не відчуваю змін удома

22. Чи були у тебе симптоми до, під час або після відвідування школи чи важливої події в ній? (Один варіант відповіді)

- Так, часто
- Інколи
- Дуже рідко
- Ніколи

23. Як ти зазвичай себе почуваєш у компанії друзів або в соціумі (гуртки, секції)? (Один варіант відповіді)

- Спокійно, комфортно

- Трохи напружено, але терпимо
- Відчуваю тривогу або незручність
- Уникаю таких ситуацій
- Інше: _____

24. Чи змінилося твоє самопочуття після початку війни? (Один варіант відповіді)

- Так, стало гірше
- Частково, у певні моменти
- Ні, нічого не змінилося
- Важко сказати

25. Чи стосуються твої переживання або симптоми таких ситуацій? (Кілька варіантів відповіді)

- Переїзд, втрата дому
- Розлука з кимось із родини
- Хтось із близьких на війні або в гарячих точках
- Травматичні події, які ти бачив/бачила або чув/чула
- Інше: _____
- Нічого з цього

Додаток В

СЛОВНИК ЗМІННИХ ТА ІНСТРУКЦІЯ З КОДУВАННЯ АНКЕТИ

Даний словник містить опис усіх змінних, використаних для емпіричного аналізу (включаючи чинники-провокатори та демографічні дані), їхній формат та принципи кодування для статистичної обробки (ПЗ Jamovi/SPSS).

№	Назва Змінної	Оригінальне Питання Анкети	Формат Змінної	Кодування (Приклад)
1	age	Скільки тобі років?	Числова	Фактичний вік (11–25)
2	gender	Якої ти статі?	Номінальна	1 = Жінки, 2 = Чоловіки
3	day_mood	Як ти почуваєшся зазвичай протягом дня?	Номінальна/Порядкова	1 = дуже добре... 4 = погано
4	symptom_freq	Як часто це трапляється?	Порядкова	1 = щодня... 4 = дуже рідко
5	emotion_link	Чи пов’язуєш свій фізичний стан з емоціями?	Номінальна	1 = так, 2 = частково, 3 = ні
6	support_person	Чи є хтось, із ким ти можеш поговорити?	Номінальна	1 = так, 2 = ні, 3 = іноді
7	talk_freq	Як часто ти говориш про свої почуття з дорослими?	Порядкова	1 = часто... 4 = ніколи
8	no_med_reason	Чи бувало, що лікарі не знаходили причини скарг?	Номінальна	1 = так, 2 = ні, 3 = не пам'ятаю
9	anxiety_freq	Як часто ти відчуваєш тривогу без причини?	Порядкова	1 = часто, 2 = інколи, 3 = рідко, 4 = ніколи/не було

Прод. табл.

10	body_attitude	Як ставишся до свого тіла?	Номінальна/Порядкова	1 = подобається... 4 = важко сказати
11	sensitive	Чи вважаєш себе чутливою людиною?	Номінальна	1 = так, 2 = не завжди, 3 = ні
12	fear_unaccept	Чи є страх бути незрозумілим або неприйнятим?	Номінальна	1 = так, 2 = інколи, 3 = ні
13	psych_help	Чи звертався до психолога?	Номінальна	1 = так, 2 = не знаю, 3 = ні
14	self_interest	Чи хотів би більше дізнатися про себе?	Номінальна	1 = так, 2 = можливо, 3 = ні
15	school_symptoms	Симптоми до/під час/після школи?	Номінальна	1 = до, 2 = під час, 3 = після, 4 = ніколи
16	social_mood	Як почуваєшся у компанії друзів?	Номінальна	1 = спокійно... 4 = уникаю
17	war_change	Чи змінилося самопочуття після початку війни?	Номінальна	1 = стало гірше... 4 = ні
18	GBB1 – GBB14	Пункти Гіссенського соматичного запитальника	Числова	Оцінки симптомів (0–4)

Додаток Г

Гістограми GBB

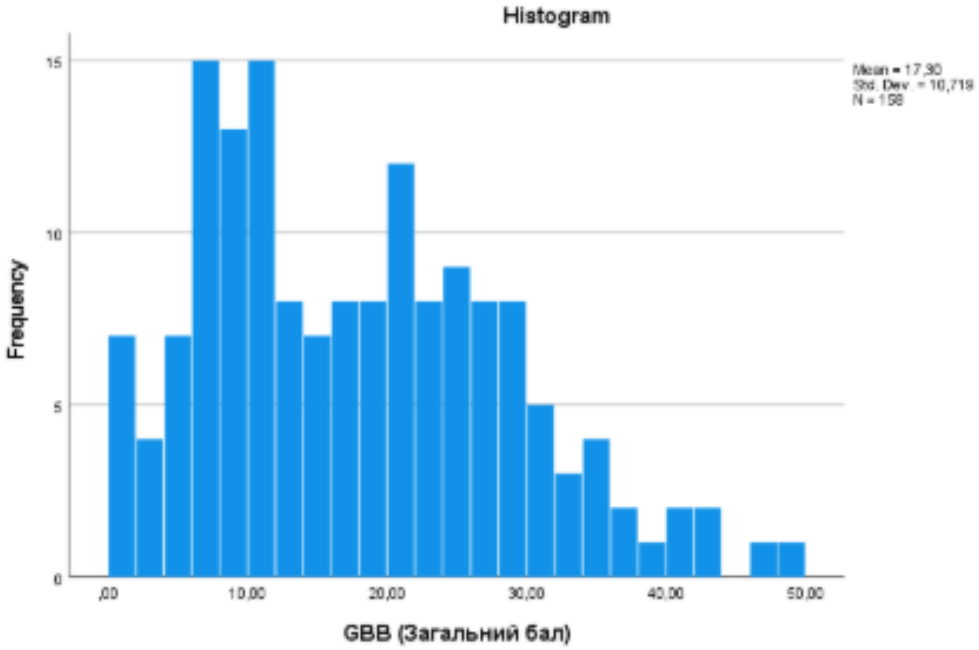
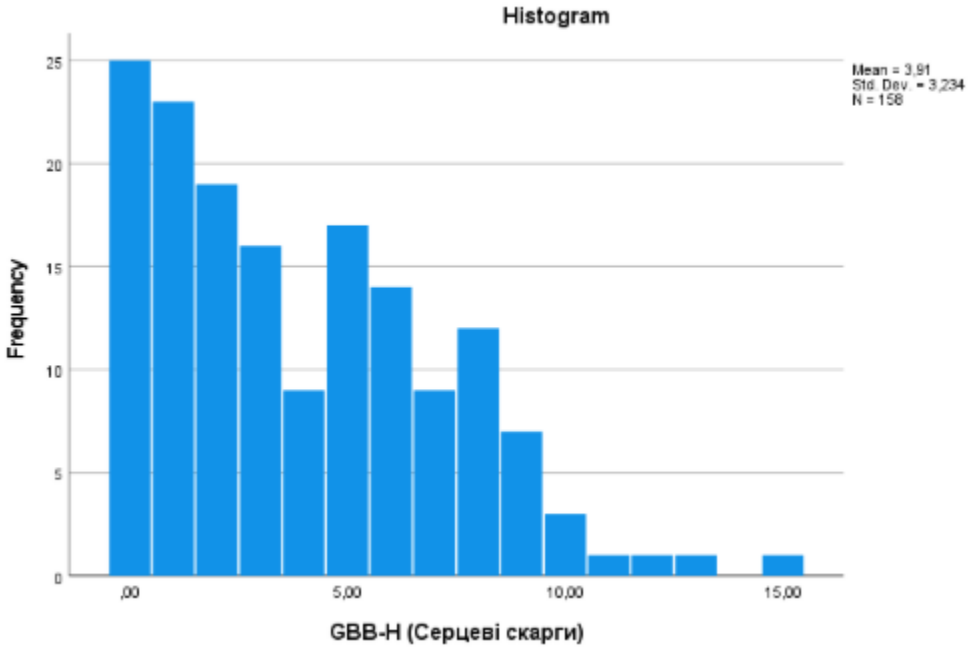
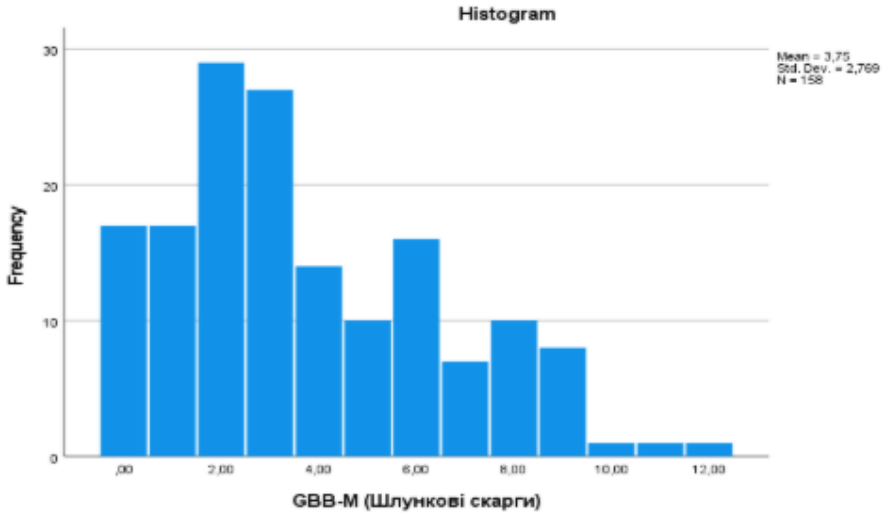
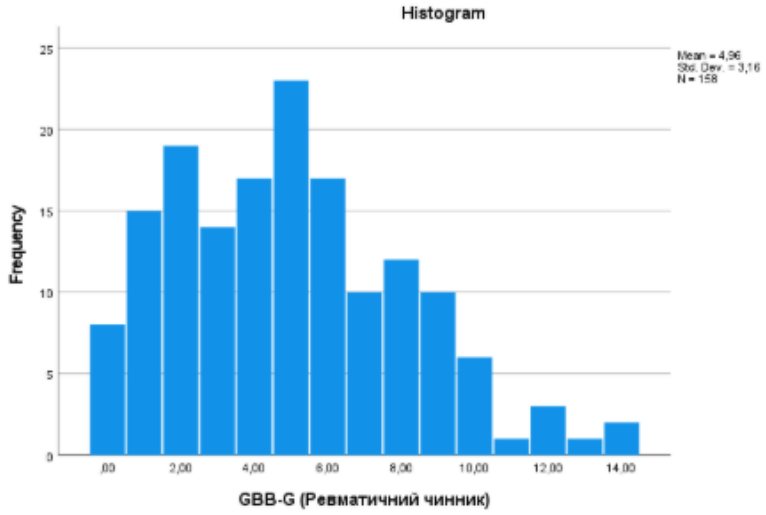
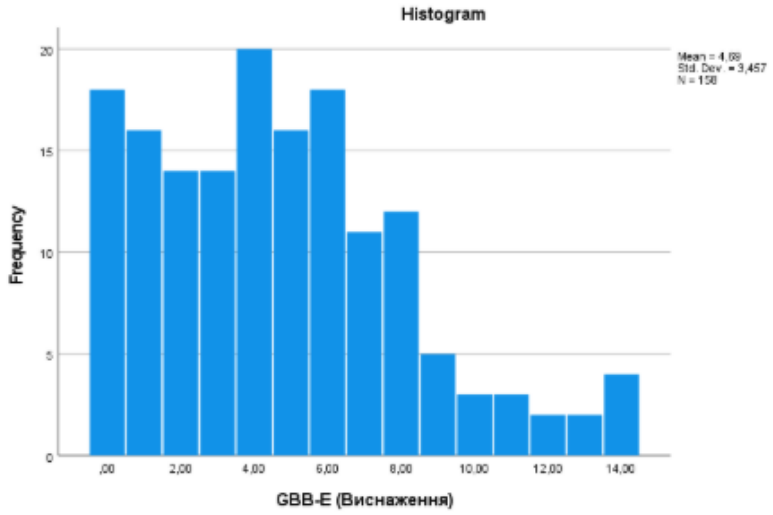


Рис. В.1. Гістограма розподілу показника GBB (Загальний бал) у досліджуваній вибірці.




Histogram
Mean = 3,75
Std. Dev. = 2,769
N = 158
Frequency
GBB-M (Шлункові скарги)


Histogram
Mean = 4,96
Std. Dev. = 3,16
N = 158
Frequency
GBB-G (Ревматичний чинник)


Histogram
Mean = 4,68
Std. Dev. = 3,457
N = 158
Frequency
GBB-E (Виснаження)

Додаток Д

Повна Матриця Кореляцій (за Спірменом) GBB та Чинників-Провокаторів

Чинник-Провокатор	GBB-H (Серцеві скарги)	GBB-M (Шлункові скарги)	GBB-G (Ревматичний чинник)	GBB-E (Виснаження)
Частота тривоги/Стрес	−0,480***	−0,454***	−0,513***	−0,480***
Шкільні проблеми/симптоми	−0,421***	−0,444***	−0,443***	−0,452***
Страх неприйняття	−0,355***	−0,307***	−0,350***	−0,350***
Потреба в психологічній допомозі	−0,355***	−0,354***	−0,310***	−0,351***
Самоінтерес	−0,312***	−0,316***	−0,350***	−0,329***
Частота соматичних скарг	−0,343***	−0,372***	−0,431***	−0,356***
Зміни через війну	−0,224**	−0,188*	−0,290***	−0,227**
Емоційна чутливість	−0,235**	−0,237**	−0,296***	−0,285***
Зв'язок емоцій та тіла	−0,203*	−0,248**	−0,310***	−0,231**
Скарги без мед. причини	−0,210**	−0,193*	−0,160*	−0,271***
Настрій дня	0,181*	0,265***	0,204*	0,309***
Ставлення до тіла	0,197*	0,319***	0,190*	0,176*
Соціальний настрій	0,186*	0,219**	0,181*	0,280***
Частота розмов	0,079	0,287***	0,156	0,056
Наявність особи підтримки	0,110	0,140	0,141	0,166*

Умовні позначення:

- $|rs|<0,3$ – слабкий зв'язок; $0,3\leq|rs|<0,5$ – помірний; $|rs|\geq0,5$ – сильний.
- $p<0,05(*)$; $p<0,01(**)$; $p<0,001(***)$.

Додаток Д

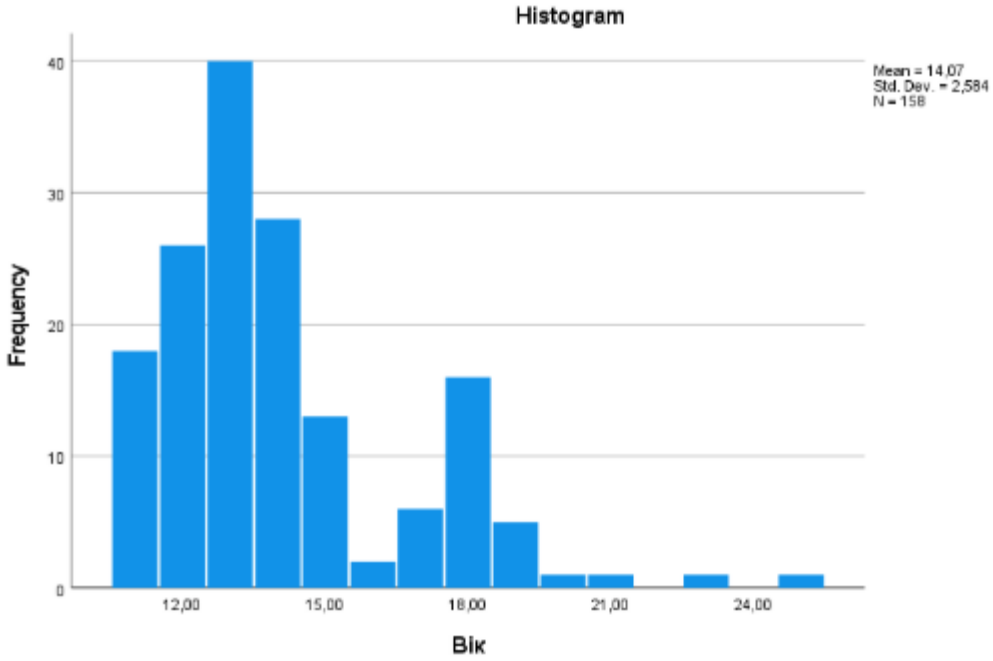
Повна Таблиця Результатів U-Критерію Манна-Уітні

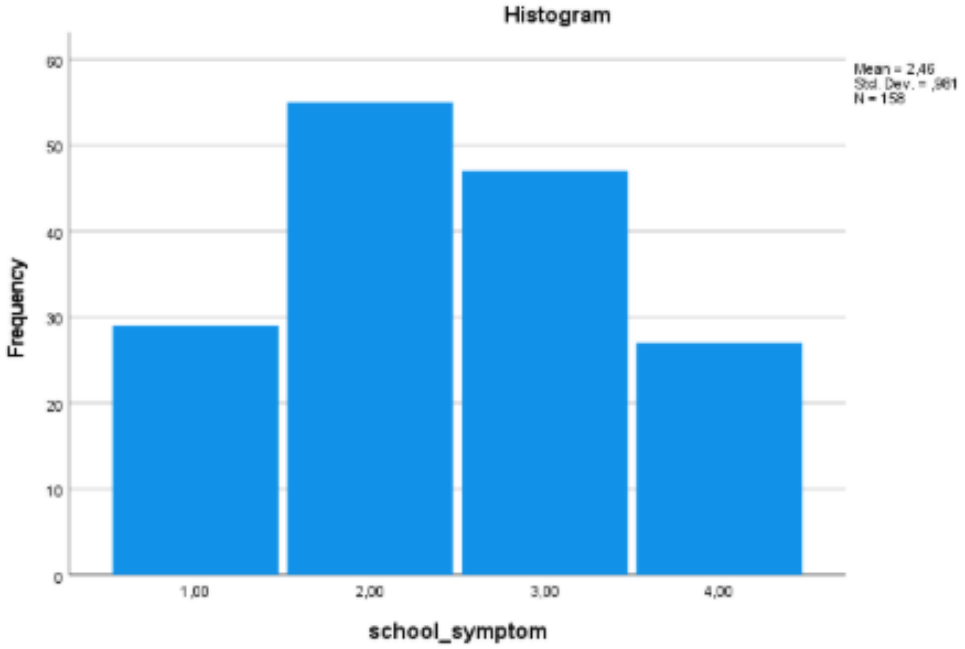
Показник GBB	Група Порівняння	Середній Ранг (Група 1)	Середній Ранг (Група 2)	U-критерій	Рівень значущості (p)	Змістовий Висновок
Загальний бал	Жінки vs Чоловіки	91,37 (Ж)	61,12 (Ч)	1836,5	0,000^***	Вищий у Жінок
GBB-H (Серцеві скарги)	Жінки vs Чоловіки	89,29 (Ж)	64,35 (Ч)	2036,5	0,001^**	Вищий у Жінок
GBB-M (Шлункові скарги)	Жінки vs Чоловіки	88,94 (Ж)	64,89 (Ч)	2070,0	0,001^**	Вищий у Жінок
GBB-G (Ревматичний чинник)	Жінки vs Чоловіки	89,35 (Ж)	64,25 (Ч)	2030,5	0,001^**	Вищий у Жінок
GBB-E (Виснаження)	Жінки vs Чоловіки	90,04 (Ж)	63,18 (Ч)	1964,0	0,000^***	Вищий у Жінок
Загальний бал	Старші vs Молодші	90,81 (Ст)	69,54 (Мл)	3945,0	0,004^**	Вищий у Старших
GBB-H (Серцеві скарги)	Старші vs Молодші	87,95 (Ст)	72,06 (Мл)	3733,0	0,029^\text*	Вищий у Старших
GBB-M (Шлункові скарги)	Старші vs Молодші	91,11 (Ст)	69,27 (Мл)	3967,0	0,003^**	Вищий у Старших
GBB-G (Ревматичний чинник)	Старші vs Молодші	87,73 (Ст)	72,25 (Мл)	3717,0	0,033^\text*	Вищий у Старших
GBB-E (Виснаження)	Старші vs Молодші	90,01 (Ст)	70,24 (Мл)	3885,5	0,007^**	Вищий у Старших

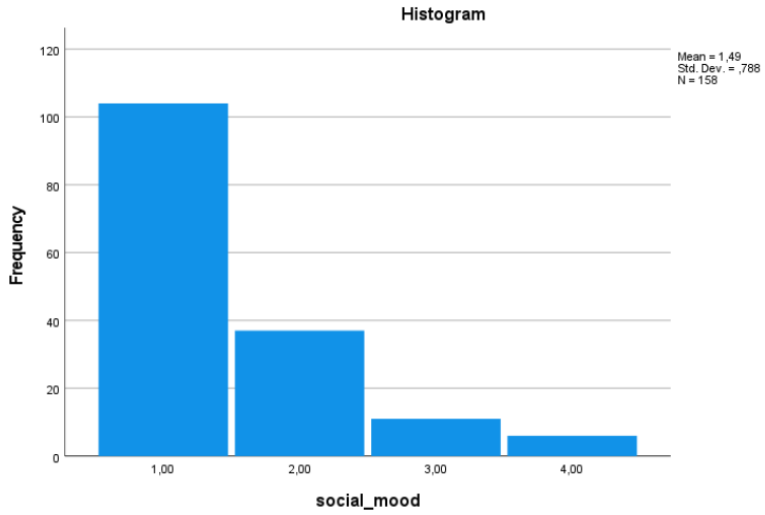
$p < 0,05$ (*) $p < 0,01$ (**) $p < 0,001$ (***)

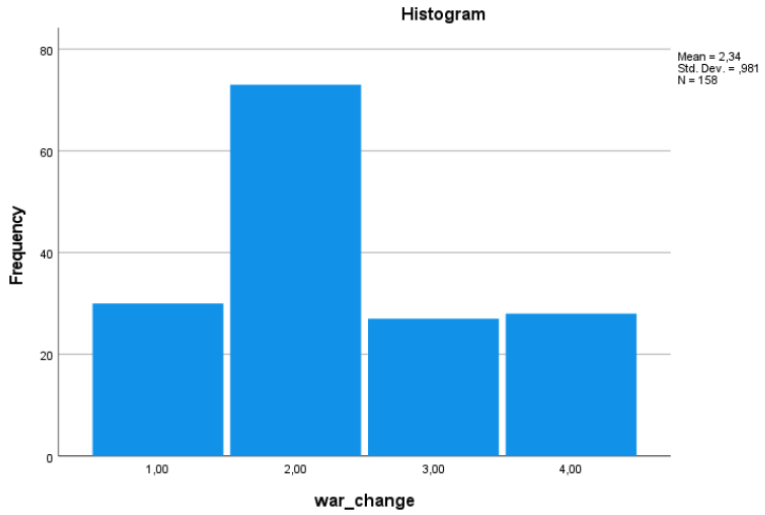
Додаток Е

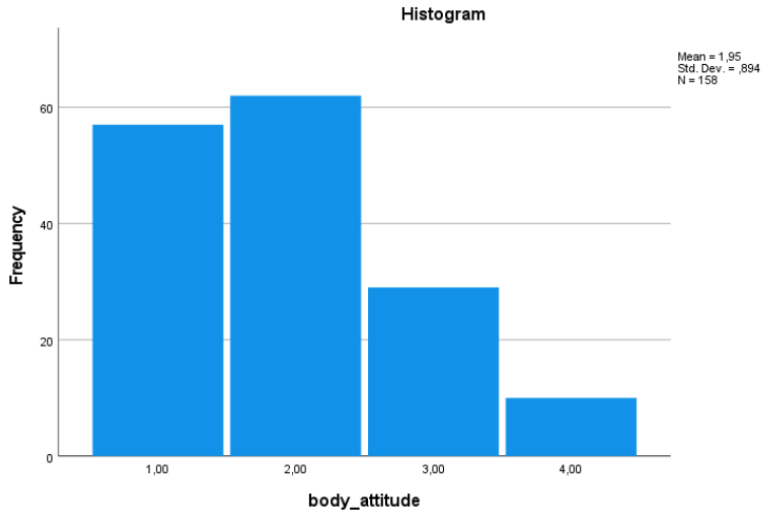
Гістограми порівнянь

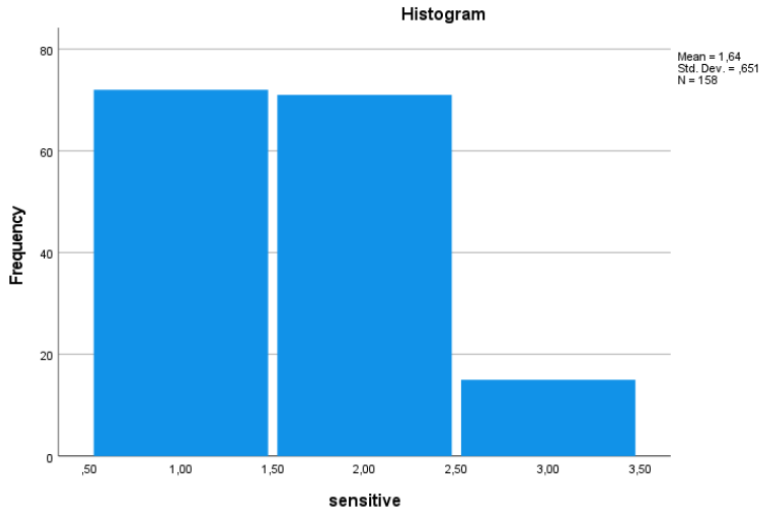


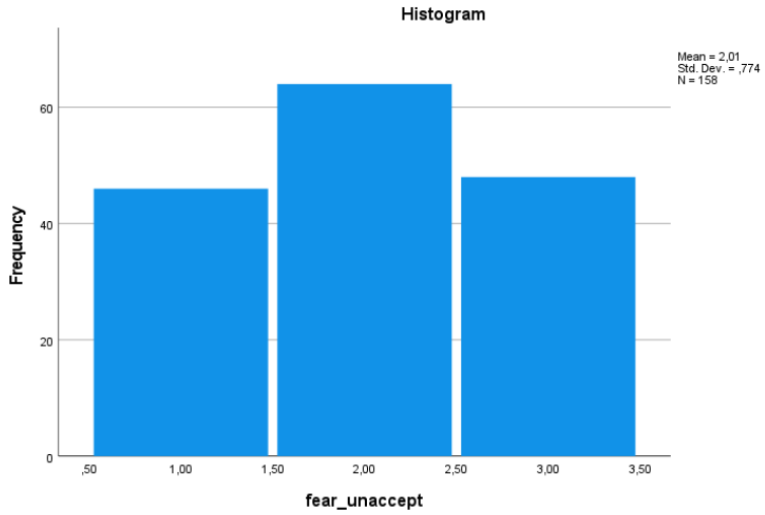


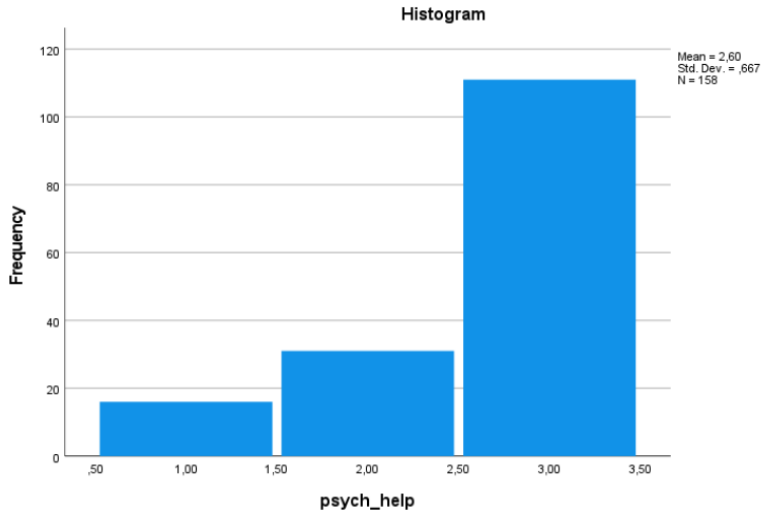

Histogram
Mean = 1,49
Std. Dev. = ,788
N = 158
Frequency
120
100
80
60
40
20
0
1,00
2,00
3,00
4,00
social_mood

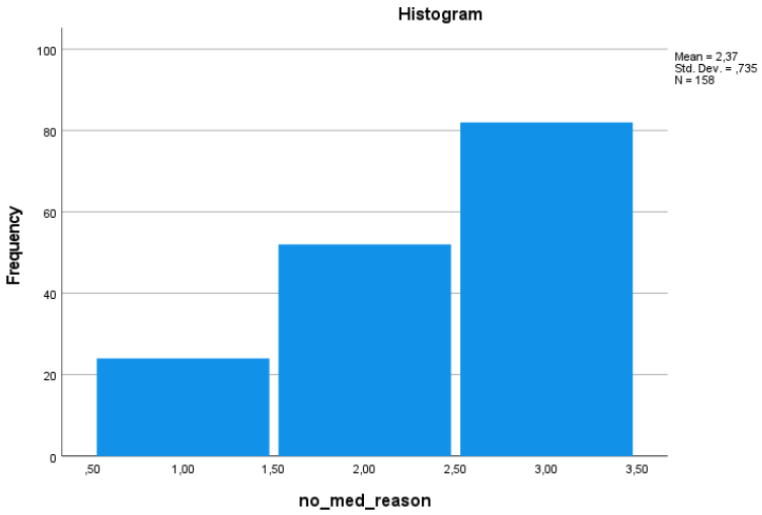

Histogram
Mean = 2,34
Std. Dev. = ,981
N = 158
Frequency
80
60
40
20
0
1,00
2,00
3,00
4,00
war_change

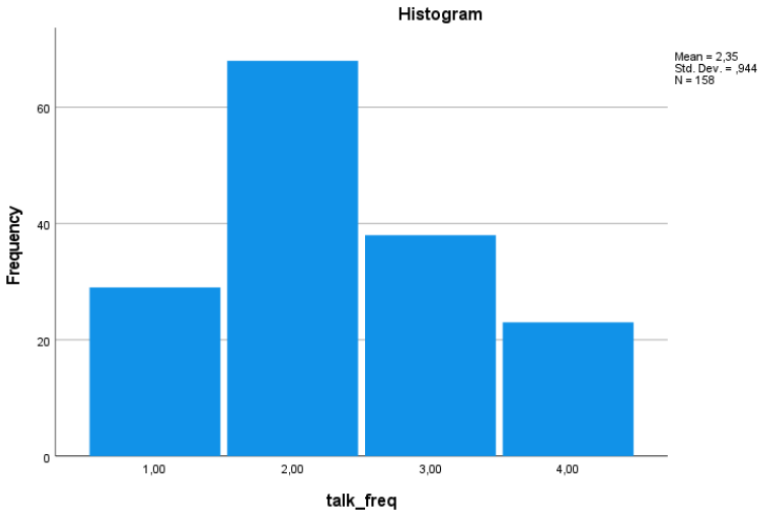

Histogram
Mean = 1,95
Std. Dev. = ,894
N = 158
Frequency
60
40
20
0
1,00
2,00
3,00
4,00
body_attitude

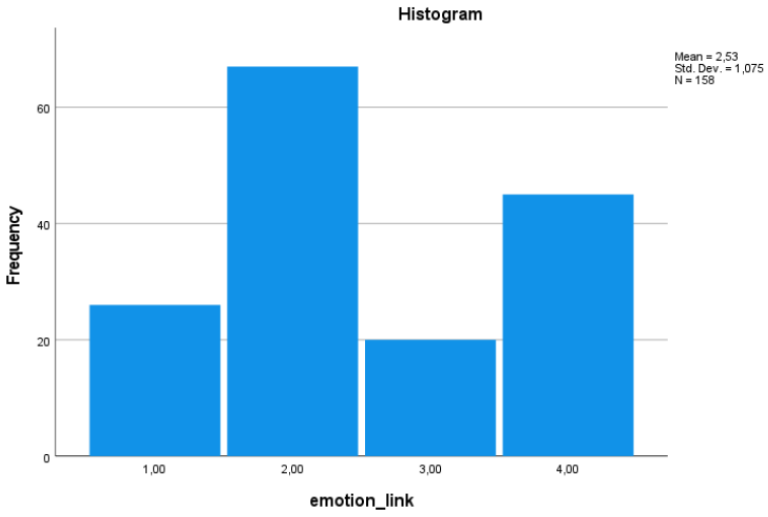

Histogram
Mean = 1,64
Std. Dev. = ,651
N = 158
Frequency
0
20
40
60
80
,50
1,00
1,50
2,00
2,50
3,00
3,50
sensitive

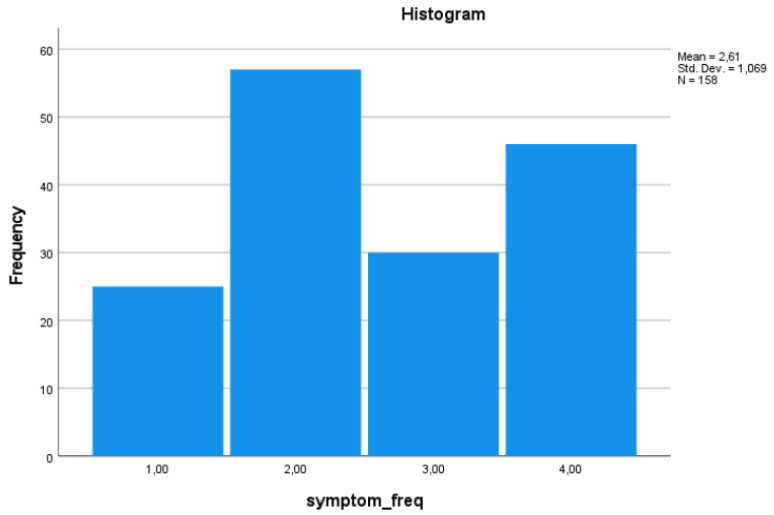

Histogram
Mean = 2,01
Std. Dev. = ,774
N = 158
Frequency
0
20
40
60
,50
1,00
1,50
2,00
2,50
3,00
3,50
fear_unaccept

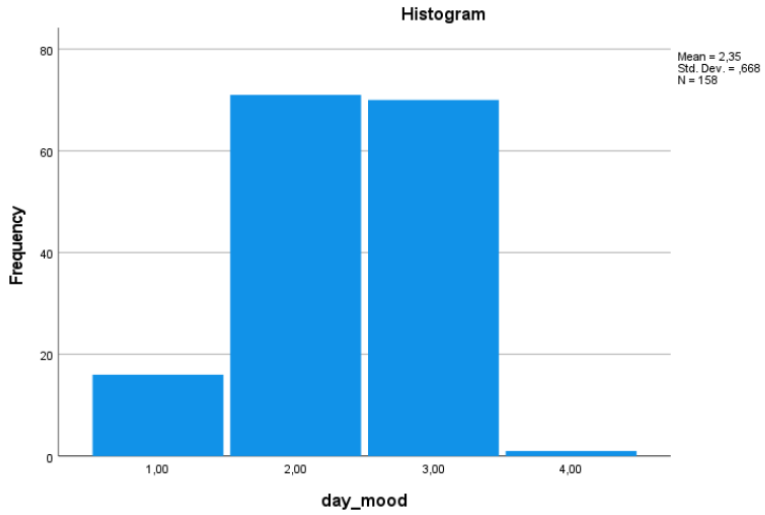

Histogram
Mean = 2,60
Std. Dev. = ,667
N = 158
Frequency
0
20
40
60
80
100
120
,50
1,00
1,50
2,00
2,50
3,00
3,50
psych_help


Histogram
Mean = 2,37
Std. Dev. = ,735
N = 158
Frequency
100
80
60
40
20
0
,50
1,00
1,50
2,00
2,50
3,00
3,50
no_med_reason


Histogram
Mean = 2,35
Std. Dev. = ,944
N = 158
Frequency
60
40
20
0
1,00
2,00
3,00
4,00
talk_freq


Histogram
Mean = 2,53
Std. Dev. = 1,075
N = 158
Frequency
60
40
20
0
1,00
2,00
3,00
4,00
emotion_link


Histogram
Mean = 2,61
Std. Dev. = 1,069
N = 158
Frequency
60
50
40
30
20
10
0
1,00
2,00
3,00
4,00
symptom_freq


Histogram
Mean = 2,35
Std. Dev. = ,668
N = 158
Frequency
80
60
40
20
0
1,00
2,00
3,00
4,00
day_mood