

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

Мелесик Сергій Володимирович

УДК 159.9 _____

Кваліфікаційна робота

Корекційно-профілактична робота з підлітками із психосоматичними
захворюваннями

053 «Психологія»

«Психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Дипломна робота містить результати власних доробок. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ С. В. Мелесик

Науковий керівник (консультант) Сингаївська Ірина Валентинівна,
кандидат психологічних наук, доцент

Київ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПІДЛІТКІВ	8
1.1. Поняття і структура психосоматичних захворювань.....	8
1.2. Чинники виникнення психосоматичних проблем	17
1.3. Характерні прояви психосоматичних проблем у підлітковому віці	29
1.4. Вплив індивідуально-психологічних властивостей на психосоматичні захворювання у підлітків	35
Висновки до розділу 1	44
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПІДЛІТКІВ	47
2.1. Організація та методики дослідження	47
2.2. Аналіз результатів дослідження психологічних особливостей та причин психосоматичних захворювань у підлітків.....	51
Висновки до розділу 2	73
РОЗДІЛ 3 КОРЕКЦІЙНО-ПРОФІЛАКТИЧНА РОБОТА ІЗ ЗАПОБІГАННЯ ТА ПОДОЛАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПІДЛІТКІВ	76
3.1. Програма корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями.....	76
3.2. Аналіз ефективності корекційно-профілактичної роботи з підлітками щодо запобігання і подолання психосоматичних захворювань	85
Висновки до розділу 3	91
ВИСНОВКИ	93
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	98
ДОДАТКИ.....	111

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Останнім часом українське населення переживає складні часи – після тривалого періоду виживання в умовах всесвітньої пандемії зараз в країні вирує загарбницька війна, яка принесла з собою страх, відчай, матеріальні і моральні втрати. Все це однозначно негативно відображається на стані фізичного, психічного, психологічного, морального здоров'я всіх поколінь – від найменших до найстарших.

В умовах дії тривалих складних ситуацій, подій, на які немає можливості вплинути, кожна людина відчуває стрес, напругу, розгубленість, іноді розпач, втрату віри у власні сили і можливості. Сучасність вимагає від кожного з нас високої психічної активності, витривалості, надзвичайно великих енергетичних і духовних ресурсів. Потреба щодня опрацьовувати великі потоки інформації, перебування в ситуаціях не визначеності, не розуміння того, що відбувається в розрізі економічних, політичних та соціальних подій, – все це гостро впливає на особистість, викликаючи прояви дезадаптації, депресію, нервові розлади тощо. Внаслідок цього значно зростає кількість захворювань людини, серед яких все більше місце займають спричинені психічними та емоційними чинниками. Насамперед, йдеться про психосоматичні захворювання, нервово-психічні розлади, неврози і реактивні стани, які негативно впливають на психічне здоров'я та продуктивність діяльності людей.

Особливо складним аспектом проблеми є вплив різних емоційних та психічних чинників на підлітків, чия психіка знаходиться у нестійкому стані в період переходу від дитинства до дорослості. Саме підлітковий вік визначається як найбільш бурхливий у розвитку дитини, оскільки в цей час поєднуються інтенсивний фізичний розвиток (і відповідно сплеск гормонів) із значним стрибкоподібним розвитком психіки. В цей час підліток проживає збагачення уявлень про себе та формування самосвідомості, визначення

власної ідентичності (що часто сполучається із кризою ідентичності), намагається довести власну дорослість, відділитися від батьківського впливу і контролю, отримати схвалення авторитетних осіб та закріпитися на високих позиціях у рольовій структурі соціально значимої групи. Вікові характеристики розвитку особистості у підлітковому віці ґрунтовно досліджуються у працях українських науковців О. Варій, Г. Видри, М. Заброцького, Т. Дуткевич, М. Савчина, Р. Павелківа та ін.

Дослідження особливостей виникнення передумов та клінічних симптомів психосоматичних захворювань у підлітковому віці, проведені українськими науковцями О. Масіком, Л. Пипою, Л. Смолко, С. Римшею, засвідчують високу вразливість підлітків до стресогенних впливів оточуючого середовища, психічних напружень, що є предиспозицією до виникнення психосоматичних захворювань у цьому віці.

Характерні прояви психосоматичних проблем у вигляді тривожності, депресії встановлено у дослідженнях М. Кусень, О. Масік, Ю. Руднік та ін.; невротичних форм реагування та порушень функціонування вегето-судинної системи – у працях М. Компанович, В. Швець та ін.

Велике значення у вивченні психосоматичних проблем підлітків мають дослідження психокорекційних і терапевтичних шляхів надання їм вчасної допомоги (М. Компанович, Є. Кушмирук О. Масік, В. Ніколаєнко, Ю. Руднік, Д. Русланов, О. Хаустова, В. Швець та ін.).

Однак фахівцями в області психології і медицини часто констатується, проте не досліджується вплив потенційних можливостей вчасно наданої психологічної допомоги підліткам для запобігання і вчасного вирішення психосоматичних захворювань.

Відповідно до вказаного для дослідження обрано актуальну тему, що передбачає теоретико-методологічний аналіз психосоматичних проблем у підлітків та пошук шляхів профілактики й корекції психологічних симптомів психосоматичних захворювань у них.

Мета дослідження: теоретично проаналізувати причини та особливості психосоматичних захворювань у підлітків, створити й апробувати програму корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями.

Завдання дослідження:

1. Теоретично проаналізувати поняття і структуру психосоматичних захворювань у науково-психологічній, клінічній, спеціальній літературі.
2. Розглянути чинники виникнення психосоматичних проблем, психологічні симптоми та прояви психосоматичних проблем у підлітковому віці.
3. Емпірично дослідити психологічні особливості проявів психосоматичних захворювань у підлітків.
4. Розробити та апробувати програму корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями.

Об'єкт дослідження – психосоматичні захворювання.

Предмет дослідження – корекційно-профілактична робота з підлітками із психосоматичними захворюваннями.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз і синтез, систематизація положень науково-психологічної, клінічної, спеціальної літератури щодо вивчення психосоматичних проблем у підлітків; індукція і дедукція, узагальнення отриманих результатів теоретико-методологічного аналізу досліджуваної теми, що сприяло формулюванню висновків про вияви психосоматичних проблем у підлітків;
- емпіричні: опитування, використання психодіагностичних методик, психологічний експеримент (констатувальний, формувальний, контрольний етапи); якісний та кількісний аналіз результатів дослідження, порівняння та узагальнення, визначення середніх значень, відсоткових відношень для встановлення ефективності проведення корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями.

Під час проведення дослідження використано такі психодіагностичні методики:

- Схема А.М. Вейна для виявлення ознак вегетативних порушень;
- Шкала оцінки якості життя (О.С. Чабан);
- Методика експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса;
- Шкала стресостійкості Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10).

Теоретичне значення дослідження – розкрито психологічні особливості виникнення і перебігу психосоматичних захворювань у підлітків; систематизовано методичні засади організації корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями.

Наукова новизна дослідження:

- *набуло подальшого вивчення* обґрунтування понять і структури психосоматичних захворювань особистості та чинників впливу зовнішнього середовища й особистісних якостей на виникнення психосоматичних проблем;

- *уточнено* характерні прояви психосоматичних проблем у підлітковому віці; розглянуто вплив індивідуально-психологічних властивостей на психосоматичні захворювання у підлітків.

Практичне значення дослідження. Напрацьований матеріал дослідження може бути використаний психологами-практиками, психотерапевтами, сімейними лікарями у роботі з підлітками з метою діагностування, психологічного супроводу та психопрофілактики виникнення психосоматичних захворювань.

Результати дослідження можуть бути корисними студентам-майбутнім психологам під час їх професійної підготовки у закладах вищої освіти; у процесі розробки психологічних рекомендацій для роботи психологів з превенції психосоматичних захворювань підлітків.

Апробація результатів дослідження.

За матеріалами роботи опубліковано тези:

1. Сингаївська І. В., Мелесик С. В. Аналіз психосоматичних проблем у підлітків. *Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку: тези доповідей IV Міжнародної конференції (7 грудня 2022 р., м. Київ). Київ: Університет «КРОК», 2022. URL: <https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE-2022/paper/view/1273>.*

2. Сингаївська І. В., Мелесик С. В. Характерні прояви психосоматичних проблем у підлітковому віці. *Підтримка психологічного здоров'я особистості в умовах війни: матеріали VI Всеукраїнських психологічних читань «Удосконалення професійної майстерності майбутніх психологів», 21 квітня 2023 р. ред. кол. : Андрусик О.О. та ін. Умань., 2023. С. 156-159.*

3. Сингаївська І. В., Мелесик С. В. Аналіз результатів дослідження психологічних особливостей та причин психосоматичних захворювань у підлітків. *Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку: тези доповідей V Міжнародної конференції (7 грудня 2023 р., м. Київ). Київ: Університет «КРОК», 2023. URL: <https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE-2023/paper/view/1709>.*

Структура та обсяг дипломної роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел (108 найменувань) та додатків. Загальний обсяг роботи складає 135 сторінок, основний обсяг – 95 сторінок. Робота містить 21 таблицю, 13 рисунків, 6 додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПІДЛІТКІВ

1.1. Поняття і структура психосоматичних захворювань

Тривале перебування в стресових ситуаціях, переживання різних проблем за неможливості вплинути на перебіг подій негативно впливають на загальний психічний стан людей, викликаючи порушення у фізичній сфері. Внаслідок цього значно зростає кількість захворювань, серед яких все більше місце займають спричинені психічними, емоційними чинниками – психосоматичні захворювання.

З давніх давен медицина була психосоматичною, оскільки пов'язувала тіло і душу воедино, а тому вже з часів філософії Платона було доведено, що свідомість людини впливає на тіло. Цей зв'язок душі («психо») і тіла («сома») було використано як основоположну позицію у лікуванні різних захворювань [6, с. 121].

На сучасному етапі розвитку медицини та психології психосоматичні захворювання вивчаються у міждисциплінарному підході. Проблеми зв'язку соматичних функцій і психічних процесів вивчалися фізіологами (Ю. Александров, І. Сеченов, А. Лурія та ін.), психологами (В. Вундт, О. Леонт'єв та ін.), психіатрами (Б. Михайлов, Н. Марута, О. Чабан та ін.).

Історія вивчення психосоматики починається від давногрецьких філософів, відображаються у поглядах Аристотеля, Гіппократа, Цицерона та інших, які вказували на тісний зв'язок між тілом та душею. Пізніше в XVII ст. філософи Р. Декарт, Ю. Спіноза та інші вивчали зв'язок душі і тіла, аналізували причини виникнення захворювань душі через тіло і навпаки. Надалі, у XIX столітті виділяється вже більш усвідомлене ставлення науковців до проблеми психосоматики. Зокрема, німецький вчений І. Хайнрот на початку XIX століття (1818-1822 р.) ввів у науковий обіг сам

термін «психосоматика» та висвітлював у своїх працях вплив психічного на виникнення соматичних захворювань, вважав, що тілесні захворювання є наслідками душевних переживань і пороків. А переважною причиною безсоння є психосоматичне страждання, пов'язане із багатьма сферами життя людини.

Також науковець І. Хайнрот виділив ряд захворювань, які спричиняються психогеніями (туберкульоз, епілепсія, рак), і на сторіччя випередив інших представників психологічної науки, які пояснювали причини виникнення соматичних розладів у тілі психологічними порушеннями у сприйнятті дійсності (переживання сорому, ревнощів, сексуальних страждань, злості та ін.).

Дещо пізніше (у 1828 р.) німецький психіатр М. Якобі запропонував термін «соматопсихіка» на доповнення до поняття «психосоматика». Однак у науковому просторі став загальновживаним саме термін психосоматики, який став широко використовуватися після того, як австрійський психоаналітик Ф. Дойч у 1927 р. запропонував концепцію психосоматичного статусу особистості, що є актуальною й нині.

Далі на початку ХХ ст. питаннями зв'язку тіла і душі цікавився відомий психоаналітик З. Фрейд. У 1907 р. К. Г. Юнг проводив дослідження і встановив взаємозв'язок стану здоров'я та настрою (вектору емоцій), довів наявність закономірного впливу психічних особливостей людини на її тілесні характеристики.

В. Райх як представник психоаналізу пропонував виділяти внутрішній конфлікт та його вплив на психосоматичні розлади, він вважав, що м'язова напруга є фізичним виявом душевних травм та розладів, а тому шляхом «розосматизовування» м'язових затисків можна впливати й на стабілізацію психологічного стану пацієнта. Додати м'язову напругу в тілі він пропонував засобами тілесно-орієнтованої терапії.

В середині ХХ ст. науковець Ф. Данбар виділив концепцію особистісних профілів, де він проводив паралелі між психосоматичними

розладами і профілями особистості, що визначали схильність людини до цього розладу: коронарного (серцевого) гіпертонічного (пов'язаного із тиском), алергічного та схильного до травматизації. На його думку, особам із різними типами особистості характерні певні спільні риси:

- тип А: схильність до уникання реальності, відволікання від неї, недостатня увага до поточної ситуації, інтроверсія, схильність до абстрактного мислення;

- тип Б: недостатня спроможність до словесного опису нюансів власних емоційних переживань, схильність до придушення, витіснення емоцій, які продовжують бути невідреагованими, доки не виявляться через соматизацію.

Наступний етап у розвитку наукових поглядів на психосоматику охоплює від 60-х років XX ст. і до сих пір. Останнім часом інтерес науковців до вивчення впливу психіки на тіло тільки зростає, що дає змогу говорити про новий виток теоретичних і практичних досліджень.

Л. Шелег, вивчаючи історичний екскурс досліджень психосоматичних захворювань, зазначає, що наприкінці XX ст. (у 1986 р.) німецькі науковці Г. Шмітт та І. Йомус виділили систематизацію груп психосоматичних захворювань, до яких віднесли: 1) психосоматичні функціональні і психогенні порушення у дітей раннього віку (енурез, енкопрез, запор та ін.), конверсійні неврози; 2) психосоматичні захворювання (нейродерміти, бронхіальна астма, виразка шлунку, виразковий коліт, харчові розлади (нервова анорексія, булімія, ожиріння та ін.)), які здатні піддаватися подоланню через корекцію міжособистісних стосунків з оточенням; 3) хронічні захворювання з болісними переживаннями (ниркова недостатність, діабет, злоякісні новоутворення), які потребують медикаментозного впливу на вражені органи та системи разом із наданням психотерапевтичної допомоги [70, с. 21].

Також у 1986 р. Т. Старк та Р. Блум запропонували *свою класифікацію психосоматичних розладів*, згідно з якою вони поділяються на: конверсійні

(дисоціативні) розлади; больовий синдром; соматизацію; іпохондрію; симуляцію (додаток А).

Окремі зарубіжні науковці пропонують замінювати поняття «психосоматика» на «психонейроімунологія», оскільки цей термін більш точно демонструє зв'язок психіки людини з її тілом («з сомою») через механізм нейроімунної регуляції [43].

За ствердженням Ю. Ільїної, «психосоматичне захворювання – це порушення функцій внутрішніх систем органів і, виникнення і розвиток яких пов'язані в найбільшій мірі з нервово-психічними чинниками, переживанням тяжкої чи хронічної психологічної травми, викликаних різними подіями, зокрема, впливом сім'ї або найближчого соціального оточення» [13, с. 111]. За ствердженням Ю. Ільїної, психосоматичні розлади поділяються на три групи: викликані психогенними компонентами; вегетативні неврози; психосоматичні захворювання, пов'язані з особливостями емоційно особистісних реакцій (схильність до алкоголізму, занурення у психотравми).

В роботі ми послуговуємося звичним розумінням психосоматичного захворювання, запропонованого Л. Шелег, як «результату негативного впливу специфічних особливостей емоційного реагування особистості на стресогенну ситуацію, гострої чи хронічної психологічної травми на функціонування органів чи їх систем» [70, с. 27]. При цьому дослідниця виділяє такі основні ознаки психосоматичних захворювань: 1) хронічний перебіг; 2) вплив стресу (гострого чи хронічного) на їх виникнення і перебіг; 3) сформованість певних емоційно-вольових якостей та індивідуально-психологічних властивостей людини, які вказують на її емоційну ригідність, труднощі у налагодженні міжособистісної взаємодії з іншими; 4) низька опірність до стресу та дефіцит навичок і вмінь щодо ефективного подолання стресових ситуацій [70, с. 27].

Психосоматичне захворювання насамперед розглядається через властивість людського організму як системи. Це захворювання не виходить окремо із психічних чи фізіологічних (зважаючи і на спадковість) якостей

людини. Крім того, симптоми психосоматичного захворювання не можна пояснювати тільки при дослідженні властивостей тільки однієї підсистеми – психічної або соматичної. Тільки тісна взаємодія цих підсистем і оточуюче середовище зумовлюють виникнення у людини специфічного і нового стану організму, що трактується як психосоматичне захворювання. Водночас розуміння вказаних зв'язків психологічного і соматичного аспектів захворювання створює адекватну можливість ефективного впливу лікаря на захворювання, зокрема й за допомогою використання психотерапії [6, с. 122].

У класифікаціях захворювань МКБ-10 та DSM-IV психосоматичні розлади називаються соматоформними і представлені в окремій рубриці. Вони розглядаються як повторюване виникнення фізичних симптомів, що змушують запідозрити соматичне захворювання, що не підтверджується об'єктивними результатами медичного обстеження. До психосоматичних розладів відносяться: 1) психосоматичні реакції; 2) функціональні порушення; 3) психосоматичні захворювання з обмеженою маніфестацією; 4) специфічні психоматози (коліт, виразка шлунка та інші) [6, с. 122].

До хвороб, які обумовлені психосоматикою К. Проноза відносить: захворювання серцево-судинної системи – гіпертонічну хворобу, склероз вінцевих артерій серця з інфарктом міокарду, склероз артерій мозку з порушеннями мозкового кровообігу; захворювання шлунково-кишкового тракту та залоз внутрішньої секреції (тиреотоксикоз, харчові розлади); а також нервові та психічні захворювання (гострі тривожні розлади, панічні атаки та ін.) [42].

За ствердженням Д. Харченко, психосоматичні захворювання умовно поділяються на дві великі групи: 1) «великі» або «класичні», до яких відносяться: ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунка, бронхіальна астма; 2) до «малих» психосоматичних захворювань належать: невротичні порушення внутрішніх органів («органні неврози») [60].

За свідченням М. Коломоєць, Н. Павлюкович, Є. Ткач, В. Ходоровського [56], тісне переплетення і взаємовпливи психічних і соматичних розладів дає змогу виділити в межах патології цього кола п'ять типів станів, що відображають різну структуру психосоматичних співвідношень, зазначену Б. Михайловим [34], О. Хаустовою [61-63], О. Чабаном [65-68]: соматизовані психічні реакції; психогенно-особистісні реакції (нозогенії); органні чи системні соматичні ураження психосоматичного характеру; реакції екзогенного типу (соматогенії); соматопсихічна коморбідність (детальніше у додатку Б) [56, с. 144].

Отже, психосоматичними можна назвати велику кількість захворювань, серед яких І. Дрозд виділяє такі три основні різновиди: гострі психосоматичні реакції, соматоформні розлади та психосоматози (табл. 1.1.).

Таблиця 1.1.

Різновиди психосоматичних захворювань

Група	Захворювання
1	Гострі психосоматичні реакції, такі як панічні атаки і все, що супроводжується гострими тривожними розладами;
2	Соматоформні розлади (біль в животі без причини; діарея, алергія на всі ліки, не підтверджена лабораторно; відчуття печіння в статевих органах або в прямій кишці; біль в кінцівках, у суглобах, не підтверджені діагностичними дослідженнями);
3	Психосоматози, які відносяться до «класичної психосоматичної сімки»: бронхіальна астма; виразкова хвороба; гіпертонія; нейродерміт; ревматоїдний артрит; тиреотоксикоз; вегето-судинна дистонія. Крім того, сюди належить цукровий діабет, різні харчові розлади (анорексія, булімія), імунodefіцити і онкопатологія [9].

До психосоматичних захворювань також належить синдром хронічної втоми і синдром вигорання. За ствердженням І. Дрозд, перший різновид психосоматичних захворювань виникає під впливом гострих стресів, а другий і третій – внаслідок хронічних стресогенних факторів емоційної природи [9].

О. Хаустова уточнює, що сучасні поняття про психосоматичні розлади вийшли далеко за межі «класичних психосоматозів». Якщо раніше до психосоматичних захворювань відносили тільки сім нозологічних одиниць, то нині до реєстру психосоматичного реагування включено розповсюджені

захворювання серцево-судинної системи, велику кількість захворювань опорно-рухового апарату, шкіри, уrogenітальної сфери, мігрени тощо [62, с. 53]. Зокрема, останнім часом до списку психосоматичних захворювань стали відносити: зниження толерантності до вуглеводів, що викликає гіперглікемію, гіперінсулінемію, інсулінорезистентність; ожиріння; атеросклероз; гіперадаптоз; гіпертонічну хворобу; метаболічну імунодепресію; автоімунні порушення; клімакс та ін. [62, с. 56].

За даними І. Дрозд [9], існують різні підходи до класифікацій всіх психосоматичних розладів. Наприклад, найпоширеніші соматопсихічні синдроми, які використовуються в практиці лікаря-терапевта, такі (табл. 1.2).

Таблиця 1.2.

Поширені соматопсихічні синдроми, поширені у практиці лікаря

Синдром	Його прояви
1) вегетативний	до нього належить: дисфункція вегетативної нервової системи, яка включає помірні коливання тиску, лабільність пульсу, прояви іпохондрії і все, що сюди відноситься;
2) невротичний або астено-невротичний	цей синдром включає: зниження адаптаційних можливостей організму та різні соматичні прояви із тенденцією до наростання, а саме неврастенію, істерію, невроз нав'язливості;
3) тривожний,	включає стан безнадії, напруження, очікування. Нерідко декілька синдромів поєднані разом і тоді діагностується ступінь їхньої вираженості у пацієнта;
4) депресивний	передбачає насамперед, зниження настрою. Крім класичної депресії, депресивний синдром має декілька різновидів: дистимія (хронічна, помірно-виражена депресія, втоми, зниження настрою); циклотимія (афективні зміни від зниження до підвищення настрою) [9].

Науковець І. Дрозд зазначає основні клінічні особливості психосоматичних захворювань: наявність чіткого психологічного дискомфорту; прискорена або сповільнена мова; порушення соціальної адаптації; скарги на відчуття тривоги протягом останнього місяця, наявність нервових зривів; наявність втоми, напруження у м'язах; відмінності у клінічних симптомах захворювання та описаними пацієнтом соматичними скаргами; відсутність патології розвитку внутрішніх органів або її не відповідність рівню скарг від хворого; наявність хронічної втоми, тривалого напруження у м'язах; випрошування пацієнтом різних діагностичних обстежень та перевірки стану його здоров'я в різних лікарів; тривале та

неефективне лікування у спеціалістів різного фаху; тимчасовість полегшення стану внаслідок нетрадиційних методів чи інвазивних втручань; найвища дієвість застосування психотропних засобів серед всіх фармацевтичних засобів для лікування [9].

Дослідниця О. Хаустова визначила досить чіткі диференціально-діагностичні критерії, які дають змогу запідозрити у пацієнта наявність психосоматичного захворювання: 1) атиповість клінічних проявів соматичного захворювання; 2) невідповідність клінічних проявів результатам об'єктивного параклінічного обстеження; 3) неефективність лікування у фахівців соматоневрологічного профілю (не дієвість терапевтичного лікування у фахівців традиційної медицини) [62, с. 56].

Також про психосоматичне захворювання свідчить закономірний розвиток астеничного стану людини, у неї встановлюється виснаження нервово-психічних функцій, сила і тривалість якого зумовлюються характером соматичного захворювання, психічними якостями і властивостями особистості, правильністю діагностичної оцінки захворювання, ефективністю психологічного супроводу і типом психічного реагування людини на власне захворювання [62, с. 56].

У дослідженнях Л. Пипи [40-41], С. Римші [45-47] та ін. зазначено, що на появу психосоматичних захворювань підлітків вказують певні **початкові симптоми**: емоційна напруга, стани хронічної тривожності, тривале відчуття душевного дискомфорту; іноді виявляються преневротичні ознаки (інсомнії, страшні сни, нав'язливі думки); вегето-дистонічні прояви (головні болі, запаморочення, пришвидшене серцебиття, задишка); соматичні вияви (субфебрилітет неясного генезу, нудота) [40; 45].

Складність симптоматики психосоматичних захворювань, міра їх вияву та тривалість психоемоційних порушень залежать від таких чинників, як: 1) гострий або повільний початок соматичного захворювання; 2) локалізація соматичної патології (хвороби серця, судин, легенів, шлунку); 3) віку хворого (до психосоматичних захворювань більш схильні діти і підлітки, або ж люди

похилого віку – категорії людей, які мають не стійкість до впливів стресів, не сформованість свідомого ставлення до свого здоров'я (діти і підлітки) або ж накопичений стрес та значну кількість соматичних хвороб (у зрілому віці)); 4) стан фізичного і психічного здоров'я напередодні захворювання; 5) особливостей особистості людини (рівень її інтелектуального розвитку, освіченості, загальної культури, виховання, моральності, особливостей темпераменту і характеру); 6) елементарна медична грамотність (розуміння, як можуть виявлятися психосоматичні захворювання); 7) своєчасність кваліфікованої медичної допомоги [62, с. 56].

Велике значення для виникнення психосоматичних захворювань має діяльність нервової системи, яка забезпечує злагоджену роботу всіх систем організму. За ствердженням М. Кусень, тривале психологічне напруження, перебування у стресі поступово виснажують нервові клітини і створює сприятливі умови для виникнення у людини соматичних скарг. Мобілізаційні ресурси організму, які задіюються відразу для опору стресу, не є безкінечними, а навпаки – визначаються і психологами, і медичними працівниками, як вичерпний ресурс. Тому довготривалі стресові ситуації робить людину вразливою до виникнення і розвитку фізичного захворювання (М. Кусень [23]). Особливо чутливими до виникнення психосоматичних захворювань є люди, які вже переживали хронічний стрес, а при виникненні наступного сильного стресу вони отримали накопичений ефект різних стрес-чинників, які поглибили їх стан, призвівши до зниження опору до проблем і труднощів.

Отже, психосоматичні захворювання розуміються як такі, що виникають внаслідок негативного впливу певної специфіки емоційного реагування людини на стрес-чинники, гостру чи хронічну психотравму, що відображається на функціонуванні різних систем чи органів тіла.

Психосоматичними можна назвати велику кількість захворювань, серед яких виділяються: гострі психосоматичні реакції; соматоформні розлади; психосоматози «класичної сімки». До психосоматичних відносяться:

захворювання серцево-судинної системи; захворювання шлунково-кишкового тракту та залоз внутрішньої секреції; а також нервові та психічні захворювання.

1.2. Чинники виникнення психосоматичних проблем

Проблема виникнення та розвитку психосоматичних захворювань давно привертала увагу видатних вчених. Внаслідок багатьох різнопланових досліджень у психології і медицині виникли різні теорії та концепції психосоматичних захворювань. З початку XX ст. особливого поширення набули психоаналітичні концепції, прихильники яких пов'язують розвиток психосоматичних захворювань із раннім розвитком індивіда, дитячими психотравмами (у тому числі й сексуальними), з конфліктами [56, с. 141].

Фізіологічні теорії тлумачать фізіологічні механізми розвитку психосоматичних захворювань по-різному. Л. Гарріс пов'язував патологічні процеси при психосоматичних захворюваннях із діяльністю гіпоталамо-гіпофізарної системи і ретикулярної формації стовбура мозку. Р. Грінкен надавав основного значення у формуванні взаємовідношення тіла і психіки функції гіпоталамуса [56, с. 142].

Згідно з нейрогуморальною теорією розвитку психосоматичної патології більшість психосоматичних захворювань – це реакції на перевантаження, підвищені вимоги, порушення внутрішньої рівноваги (гомеостазу), які є проявами загального неспецифічного синдрому адаптації – «стресу» [22, с. 39].

За даними О. Хаустової, найважливіше значення нині надається поведінковим (біхевіористським) і психоаналітичним концепціям, які описують різні моделі виникнення та терапії психосоматичних захворювань. Поведінкова психотерапія розглядає психічні порушення як такі, що набуті в процесі навчання, неправильної адаптації, і намагається реконструювати при допомозі так званого аналізу поведінки історію виникнення симптоматики. В свою чергу, афективна поведінка через вегетативну, нервову, ендокринну та

імунну системи включає соматичні реакції. Коли організм піддається тривалому напруженню в результаті впливу патогенного подразника або конфлікту, виникають психосоматичні порушення у відповідності з процесами навчання. Поведінкова психотерапія не може розрізнити конфлікти, які у різних людей спричиняють невротичні психосоматичні розлади [62, с. 55].

За психоаналітичною теорією причиною виникнення психосоматичних захворювань є ранній дитячий досвід. А тому для подолання схильності особистості до психосоматичних розладів з нею слід проводити психологічну роботу, спрямовану на подолання внутрішніх психологічних конфліктів, проблем та фіксацій уваги, які дісталися їй ще з раннього дитинства та перебувають за поверхнею симптоматики, яку може спостерігати сама людина та лікар-терапевт [62, с. 55].

Відповідно до вказаного, на думку О. Хаустової, теорії виникнення та подальшого розвитку психосоматичних захворювань, як правило, групуються навколо двох різних підходів: 1) перший свідчить про те, що, психосоматичні захворювання є результатом стресу, зумовлені дією психотравм; 2) другий пов'язує виникнення психосоматичних захворювань з внутрішнім конфліктом різноспрямованих мотивів індивіда – це внутрішньоособистісний конфлікт людини [62, с. 54].

При цьому, як зазначає О. Хаустова, нині не існує єдиної теорії, яка б пояснювала причини виникнення психосоматичних захворювань. На сучасному етапі розвитку психосоматики набувають поширення інтегративні теорії, які поєднують різні погляди науковців на захворювання пацієнтів з функціональними порушеннями без органічної основи (додаток В).

Крім того, як вказує О. Хаустова, причиною сполучення різних видів психосоматичних захворювань у пацієнта пояснюється великою мірою його генетичної предрисповидиції. А тригером, який запускає патогенний перебіг психосоматичних розладів, є стан переживання періодичних гострих або хронічних стресів. Про початок виникнення психосоматичних розладів

свідчить тривалий період нервового перенапруження, яке може виникати і триматися досить довго на доклінічному етапі [61; 62].

Відповідно до вказаного, на думку О. Хаустової, О. Чабан, у виникненні психосоматичних захворювань особистості значну роль відіграє дія п'ятих чинників: 1) наявність у людини стану фрустраційного та/або емоційного напруження; 2) зниження її енергетичного потенціалу та стійкості до стресових впливів, відсутність навичок опірності стресу; 3) надмірний ступінь контролю над соціальною поведінкою (переважаючий контроль за власним життям та поведінкою, не можливість розслабитися в будь-якій компанії); 4) розвиток ендогенної прихованої депресії (наприклад, замаскована депресія); 5) розвиток органних або системних неврозів [66, с. 29].

Внутрішню картину психосоматичного захворювання утворюють внутрішні конфлікти людини, її невротичні реакції або психореактивні зв'язки з дійсністю. Органічне страждання при захворюванні також тісно пов'язане із наявністю внутрішніх переживань і конфліктів, неврозів, від яких залежить тривалість переживань, особливості перебігу психосоматичного захворювання і навіть резистентність до медикаментозного лікування та психотерапії [6, с. 122].

У сучасній психологічній, психіатричній і медичній науці відзначається зростання інтересу до психосоматичних концепцій етіології та патогенезу психосоматичних захворювань (Н. Марута, Б. Михайлов, О. Напреєнко та ін.). Походження психосоматичних захворювань варто розглядати з позицій психосоматичної парадигми. На думку Б. Михайлова, в їх етіології провідну роль відіграють три групи чинників [34, с. 10]:

1. Спадково-конституційні чинники. Слід звернути увагу на конституційно-типологічні особливості ЦНС та особистісно-акцентуаційні особливості (збудливість, лабільність емоцій і психічних функцій тощо);

2. Психоемоційні (або психогенні), що можуть виявлятися як гострі або хронічні зовнішні впливи, що опосередковуються через психічну сферу, мають високе когнітивно-емоційне значення, та відіграють роль психогенії.

3. Органічні, до яких належать різні преморбідні органічні прояви (травматичну, токсичну, гіпоксичну, інфекційну) скомпроментованості інтегративних церебральних систем надсегментарного рівня, насамперед, лімбіко-ретикулярного комплексу [34, с. 10-11].

Однак незважаючи на наявність численних теорій, що намагаються пояснити етіологію і патогенез психосоматичних захворювань, жодна з них не дає вичерпного пояснення психосоматичних розладів. Тому останнім часом з'явилися гіпотези про їх мультифакторну генезу, де кожна із запропонованих теорій пояснює одну з ланок патогенезу [56, с. 144].

Схожої думки дотримується О. Хаустова, яка вказує, що останнім часом спостерігається зближення психоаналітичного психосоматичного напрямку з внутрішньою медициною і патофізіологією з урахуванням мультифакторної обумовленості виникнення психосоматичних захворювань: беруть до уваги генетичні, гормональні й інші фактори, переглядають деякі концепції, які претендували на виключність у істині [62, с. 54].

Водночас за ствердженням О. Хаустової, психосоматичні захворювання можуть зумовлюватися не тільки суто психологічними чи фізіологічними чинниками, але й певними проміжними факторами, до яких відносяться фактори, що ослаблюють імунну систему під дією стресу чи складних ситуацій. До цих проміжних факторів дослідниця відносить: спадкову конституційну схильність; конституцію тіла, яка була сформована у пренатальному і дитячому періоді розвитку внаслідок впливу психічних і соматичних чинників; органічне ураження у процесі розвитку впродовж життя; враження одного органу тіла; факт того, що певний орган знаходився у стані активності на момент переживання стресу; символічне значення певного органу тіла при поясненні індивідуальної реакції на щось (наприклад, пояснення відрази гіпермоторикою шлунку, кишківника «Від

цього вивертається шлунок, завертаються кишки» та ін.); органна фіксація як результат гальмування психічного розвитку, (алкоголізм, паління цигарок як фіксація на оральній стадії у психоаналітичному значенні та ін.) [62, с. 55].

Крім того, за даними О. Хаустової, для розвитку психосоматичного захворювання мають значення схильність до нього, а також фактори, що сприяють або протидіють розвитку хвороби. Схильність (диспозиція) – це вроджена (наприклад, генетично зумовлена), а за певних умов і набута готовність, яка виливається у форму можливого органічного або невротичного захворювання. Поштовхом до розвитку такого захворювання є важкі життєві ситуації. Якщо маніфестують невротичні або соматичні захворювання, то вони розвиваються за власними закономірностями, які, проте, тісно пов'язані з факторами оточуючого середовища (значення сприяючих розвитку хвороби факторів, наприклад, при хронічних захворюваннях, стало відомо лише останнім часом). У будь-якому випадку, для діагностики як психосоматичного, так і невротичного захворювання необхідне розуміння ситуаційного характеру його походження. Констатація наявності психосоматичних порушень не призводить до заперечення основного діагнозу. Якщо сьогодні говорять про психосоматичні біопсихосоціальні захворювання, то це лише вказує на зв'язок «схильність – особистість – ситуація» [62, с. 55].

У праці І. Грицюк наводиться перелік чинників, які відіграють суттєву роль у формуванні психосоматичних захворювань, та доповнюють один одного. За її ствердженням, психосоматичні захворювання можуть виникати внаслідок: 1) певної вродженої або набутої схильності людини до соматичних захворювань чи порушень; 2) спадкової схильності до психосоматичних захворювань; 3) змін в ЦНС, що викликають нейродинамічні зрушення; 4) індивідуальних особливостей людини – тривожності, невротичності, слабкої опірності до стресів; 5) психофізичного стану в процесі дії психотравмуючих подій; 6) впливу несприятливих

сімейних і соціальних чинників, які створюють фон при дії інших стресових ситуацій; 7) складних особливостей психотравмуючих подій [6, с. 122].

Дослідниця вважає, що названі чинники не лише впливають на виникнення психосоматичних розладів, але й окремо або в різних комбінаціях роблять людину емоційно вразливою до стресів, ускладнюють її психологічний та біологічний захист, полегшують виникнення психосоматичних розладів та поглиблюють їх протікання.

І хоча суперечливим питанням у психосоматиці є специфічний вплив психічного чинника на виникнення соматичної патології, однак провідною в основі психосоматичних розладів реакція на емоційне переживання, що викликає функціональні зміни та патологічні розлади в органах. На основі цього І. Грицюк робить висновок, що поступово психосоматичне захворювання переходить з порушень функціонального етапу ураження на деструктивно-морфологічні зміни в організмі та зміни в соматичній сфері, закріплюючи і генералізуючи саме психосоматичне захворювання, яке складні піддається лікуванню медикаментозними шляхом [6, с. 122].

Серед зростаючої кількості психосоматичних захворювань підвищується також й інтерес науковців до ролі соціально-психологічних, а саме сімейних чинників у етіології їх утворення. До чинників, які зумовлюють підвищення кількості невротичних і психосоматичних розладів, порушень розвитку та поведінки, різних форм психопатичної поведінки, психогенних депресій та ін., на думку І. Кононова, Ю. Степанова, велике значення має сім'я і патогенні сімейні патерни, засвоєні з дитинства [53].

Саме сім'я є найважливішим середовищем формування особистості і найголовнішим інститутом виховання, що відповідає не тільки за соціальне відтворення населення, а й засвоєння здорового способу життя, за формування майбутнього здорового покоління. Сімейні чинники впливу на дітей поділяються на три групи: 1) соціальне мікросередовище сім'ї, де здійснюється прилучення дітей до соціальних цінностей і ролей, ознайомлення їх із складними протиріччями сучасного світу;

2) внутрішньосімейна та позасімейна діяльність, побутова праця, що є методом соціалізації дитини та її прилучення до майбутньої життєдіяльності; 3) безпосереднє сімейне виховання як комплекс цілеспрямованих педагогічних впливів [11; 32]. При цьому залежно від вибраного стилю батьківського ставлення (авторитарного, ліберального чи демократичного) у дітей можуть виникати різні психоемоційні порушення, внутрішні конфлікти, невротичні розлади, психосоматичні захворювання). Відсутність одного з чинників викликає порушення повноцінності розвитку особистості дитини, що призводить до психічних порушень і захворювань.

Зрозуміти причину різних аномалій психічного розвитку допомагає погляд на неврози у дітей як на відображення характеру відносин всередині сім'ї та загальної атмосфери в родині. Зокрема, причинами розвитку невротичних і психосоматичних розладів у дітей можуть бути такі чинники сімейного впливу: 1) відсутність одного з батьків (неповна сім'я); втрата близького члена сім'ї внаслідок смерті чи розлучення; 2) нервово-психічне перевантаження одного з членів сім'ї, пов'язане з роботою (наприклад, постійна відсутність або перевантаженість одного з батьків на роботі, трудового лізму); 3) відкриті конфліктні взаємовідносини матері і батька, часті сварки і загальна стресова ситуація в сім'ї; 4) нудьга та інертність відносин в сім'ї, не цікаве, беззмістовне дозвілля; 5) відсутність яскравих спонукаючих вражень, затиснутість дитини у родині; 6) надмірний контроль та суворість з боку обох батьків або ж агресивна поведінка одного і повна байдужість іншого (нестабільне батьківське ставлення до дитини); 6) патології в розвитку одного або обох батьків, спадкові захворювання, генетичні ризики передавання захворювання дитині; 7) надмірність батьківської любові, надлишок уваги, гіперопіка, прагнення бути якнайближчими друзями, позбавлення особистої свободи дитини; 8) відсутність духовного виховання дитини у сім'ї, орієнтованість сім'ї на переважаючі матеріальні блага [39].

Разом з тим варто відзначити, що сучасна сімейна психіатрія при оцінці психосоматичних захворювань розглядає як причину його виникнення не

вплив окремих особистостей (батька чи матері), події в сім'ї, а всю сім'ю в цілому як основного носія психопатології. Це виходить з принципу, що ціле завжди більше, ніж сума його окремих складових. Тобто члени родини, що складається з кількох людей, з'єднуючись разом, функціонують як нова одиниця з певними взаємовідносинами. Ця система є результатом інтеракцій, без яких її існування неможливе. Кожен член сім'ї всередині цієї системи набуває нових якостей [51] і піддається загальносімейному впливу.

При цьому варто зазначити, що на формування психосоматичних захворювань і невротичних розладів значний вплив мають сімейні сценарії наслідування, що є патогенними у декількох поколіннях. Наслідуючи поведінку батьків, діти засвоюють типові сценарії реагування на життєві проблеми. Втеча в хворобу може бути захисним механізмом, коли не хочеться вирішувати відповідальне завдання, коли дитина боїться ситуації перевірки знань (хворіє перед контрольними у школі) тощо.

При аналізі причин психосоматичних захворювань, на думку І. Грицюк, слід приділяти увагу вивченню «анамнезу дитинства матері, оскільки більшість психосоматичних і невротичних розладів, які виявляє дитина, пояснюються конфліктними ситуаціями поведінки матері, яка несвідомо проектує їх на свою дитину» [6, с. 123].

Проблеми виникнення неврозів та психосоматичних порушень у дітей тісно пов'язана із емоційною близькістю з матір'ю, її невротичними реакціями на різні стимули навколишнього світу, із внутрішніми конфліктами матері, які вона не свідомо перекладає й на дитину (К. Хорні).

Також на психосоматичні розлади та психічні порушення в розвитку дітей впливають відносини між батьками та їх спостереження дітьми протягом тривалого часу. Як відзначає Б. Лагерхейм, в дисгармонійних сім'ях може виникати ризик формування в дітей психосоматичних симптомів, а також прихованої чи відкритої депресії. В таких сім'ях існує і небезпека того, що одна дитина прийме роль «хворого», «слабкого», «що потребує захисту та

опіки», в той час як інші отримають ролі «зразкової дитини», «дитини, яка все завжди псує» або «втішника мами» [24].

Як вказує І. Ревуцька, одним із чинників прояву психосоматичного болю у животі є конфлікти і сварки між батьками, відсутність одного з батьків у сім'ї, виховання дитини мачухою або вітчимом. Коли дитина не знаходить задоволення в контактах із батьками, її бажання бути улюбленою трансформується у бажання бути нагодованим. Активуючи цей процес, організм постійно подразнює шлункову функцію. І. Ревуцька уточнює, що «хвора дитина бажає отримати їжу як символ любові й допомоги, а не для фізіологічного насичення» [44, с. 81].

Больові відчуття у спині особливо у поясничному відділі пов'язані із проблемами довіри та підтримки з боку інших, а також із тілесним відображенням переживань, викликаних недоброчливими навколишніми людьми, їх зрадою. Частіше за все дітям не вистачає підтримки батька, однак при недостатності підтримки матері у дітей спостерігається сколіоз. Як вказує І. Ревуцька, недостатність підтримки з боку матері спостерігається неозброєним поглядом: якщо хребет дитини викривлений у правий бік (сколіоз), це свідчить, що дитині не вистачає підтримки матері. Наприклад, у сім'ї надто авторитарний батько, який виховує дитину в умовах традицій, а мати, перебуваючи під контролем чоловіка, не може відстояти чи захистити дитину від нього. А при викривленні хребта дитини вліво встановлюється надлишок підтримки матері – перевищення її уваги, нав'язування власних переконань, програм життя та ін. [44, с. 81].

Науковці Д. Бурбак, Дж. Кашані, Т. Розенберг довели, що у сім'ях, де батьки турбуються про свою дитину, діти-підлітки гармонійно розвиваються, і не страждають депресією. А в сім'ях, де батьки демонстрували низьку здатність проявляти турботу про дитину, у неї виявлялися прояви депресії і психосоматичних захворювань. Інші спостереження виявили чіткий зв'язок між депресією батьків і депресією дітей (при наявності депресії у батьків – у дітей також виявляються психосоматичні симптоми депресії). Нове

багатофакторне дослідження показало, що чинником ризику депресії дітей можуть бути сімейні сварки в комбінації з іншими чинниками, такими як надмірна активність і низький контроль імпульсів у дитини [81, с. 420].

За ствердженням К. Колліаса, в сім'ях, де діти страждають депресіями, панує негативне вираження емоцій. Також прояв негативних емоцій зустрічається в сім'ях осіб з діагнозом «шизофренія» і може послужити причиною рецидивів цієї психіатричної хвороби. І навпаки, позитивно виражена емоція характеризується позитивним, підтримуючим ставленням членів сім'ї один до одного, а також душевною теплотою, яка діє як захист від появи і розвитку психічних розладів. Крім негативно висловлюваних емоцій, існують і інші форми порушення внутрішньосімейного спілкування, причинний зв'язок яких з можливістю появи психіатричних проблем визнається фахівцями. До них відносяться шизофреногенне спілкування між батьками і дітьми, порушені подружні взаємини і помилкова взаємність.

На думку І. Руденко, на дітей значно впливають розлучення батьків, які викликають дестабілізацію емоційних взаємин між всіма членами сім'ї, викликають різноманітні переживання у дітей, зумовлюють зростання їх тривожності, замкнутості, відчуття самотності, неповноцінності, депресії, почуття провини, емоційної беззахисності, зниження настрою, агресивності, а також до психосоматичних захворювань [49, с. 5]. Встановлено також, що неповна сім'я негативно позначається на статево-рольовому та психосексуальному розвитку дітей, впливає на засвоєння стереотипів батьківських відносин у своє доросле життя, призводить до несвідомого відтворення конфліктних способів поведінки, впливає на виникнення психосоматичних захворювань [49, с. 5].

При відсутності батька у неповній сім'ї діти не мають зразка поведінки та чоловічої ролі. Діти не спостерігають статево-рольових проявів взаємодії дружини і чоловіка у сімейних стосунках, що ускладнює формування у них важливих властивостей особистості. Зміни в сімейних умовах життя викликають нові форми взаємин дітей із батьком після розлучення та його

родичами. Адекватне спілкування у діаді «батько-дитина» і з його родичами можливе тільки за умови створення атмосфери емоційно-позитивної взаємодії при зацікавленому ставленні дорослих до справ дитини [49, с. 14]. В той же час, коли батько не зацікавлений у спілкуванні з дитиною, не навідує її, не проводить з нею вільного часу, у дитини формується тривожність, почуття образи та гніву до батька, часто виникають психосоматичні захворювання.

За свідченням І. Руденко, для дітей з неповних сімей порівняно з дітьми із повних родин більш притаманними є: тривожність; страхи (відчуття беззахисності, підвищеної небезпеки); невпевненість у собі (недооцінка своїх здібностей, схильність до переживання провини, емоційна вразливість, надмірна залежність від інших, переживання своєї інакшості («я не такий, як усі»)); підвищений рівень депресивних настроїв (сум, пригніченість) та астенічних (втома, низька працездатність, млявість психічних процесів) проявів; порушення поведінки (ворожість, агресивність, неслухняність); вегетативні розлади (психосоматичні захворювання – вегетативна дистонія, проблеми із серцем, диханням, харчові розлади та ін.); порушення сну (безсоння або навпаки сонливість). Розлучення батьків зумовлює у дітей виникнення деструктивних почуттів (тривожності, провини, невпевненості у собі) впродовж тривалого часу після розпаду сім'ї [49, с. 15].

При цьому, як зазначає І. Руденко, переживання дітьми провини у розлученні батьків не зменшується з перебігом часу, що пояснюється зробленими дітьми власними висновками через дефіцит роз'яснень з боку, не повідомлення дітям інформації про причини розлучення або навпаки – надання дорослими таких аргументів, що тільки посилюють психотравму, і призводять до психосоматичних захворювань [49, с. 16].

Крім того, порушення у внутрішньосімейних стосунках між батьками, або відсутність одного з них призводять й до інших психосоматичних порушень, пов'язаних з прийомами їжі – ожиріння чи анорексія. Вивчення ролі сім'ї у виникненні психосоматичних порушень, пов'язаних з прийомом

їжі, показало, що вони зустрічаються в сім'ях з розпливчастими кордонами в субсистемами «батько-батько» або «батьки-діти». Цим сім'ям характерні понадпротективність; бажання контролювати все навколо; ригідність – неможливість зміни стереотипів, застрягання на них; невміння вирішувати конфлікти з включенням дітей [36]. Зокрема, анорексія у дітей із деструктивних сімей пов'язана з їхнім прагненням до самовираження, де дитина намагається продемонструвати собі і батькам власну емоційно-вольову спроможність. Дитина ставиться до голодування як до героїчного вчинку, що заслуговує визнання. А ожиріння може стати наслідком прагнення дитини заїсти образу, порадувати себе чимось солоденьким, щоб заспокоїти, довести собі, що «ти хороший», незважаючи на напади і звинувачення батьків.

Патогенні сімейні патерни, пов'язані з порушеннями сімейного спілкування, значно впливають на розвиток особистості дитини та появу в неї психосоматичного захворювання. Серед найчастіших причин виникнення психосоматичних захворювань дітей є демонстрація потреби в повазі та любові, неадекватно засвоєні зразки поведінки, коли дитина намагається уникнути небажаних подій, або ж навпаки – як наслідок доведення батькам та близьким людям власної самостійності та вольових якостей.

Отже, чинниками виникнення психосоматичних розладів можуть бути: вплив стресу, зумовлений дією психотравм; наявні фрустраційні переживання; значне емоційне напруження; зниження енергетичного потенціалу і не сформованість стресостійкості; розвиток ендогенної прихованої депресії та ін. Також чинниками психосоматичних захворювань є спадково-конституційні чинники (особливості ЦНС та особистісно-акцентуаційні особливості).

Досить значним на виникнення і перебіг психосоматичних захворювань є вплив сім'ї та відносин між батьками та з дитиною. Особливо відзначено деструктивний вплив порушень спілкування в родині, розлучення батьків та нечіткість їх вимог до дитини. Дитина може захворіти для

отримання уваги та любові від батьків, з метою уникнення негативних подій чи запобігання покаранню за певні вчинки. Тому для попередження психосоматичних захворювань дорослі мають турбуватися про сприятливу сімейну атмосферу, підтримувати всіх членів сім'ї.

1.3. Характерні прояви психосоматичних проблем у підлітковому віці

В умовах російсько-української війни, яка нині впливає на кожну українську сім'ю, і дорослі, і діти відчують значний психоемоційний тиск стресових ситуацій, пов'язаних як із тривогою за власне життя і здоров'я, так і турботою про членів своєї сім'ї, переживаннями за близьких людей, які знаходяться в зоні бойових дій, в окупації чи на передовій лінії фронту. Дорослі, зайняті вирішенням складних проблем, занурені у необхідність забезпечити сім'ю всім потрібним для виживання та успішного функціонування, часто не приділяють належної уваги підліткам і не можуть вчасно помітити їх потребу у підтримці і допомозі. Особливо коли діти зазвичай мовчать або навмисно провокують конфлікти з батьками, намагаючись відстояти власну незалежність та домагання на дорослість.

Розглядаючи психосоматичні захворювання підлітків, дослідниці Ю. Руднік, Є. Кушмирук розуміють їх як «групу хворобливих станів, що виникають внаслідок взаємодії психічних і фізіологічних чинників, і проявляються як на психологічному, так і на фізіологічному рівнях». Причинами психосоматичних захворювань підлітків, на їх думку, виступають сильні стреси, психоемоційне напруження чи перевтома, що спровоковані нестабільним емоційним станом чи тривалими психічними проблемами, до яких підлітки виявилися непристосованими [50].

Патогенез виникнення психосоматичних розладів у підлітків описано у роботі О. Масік. Спочатку виникає велика проблема, яка на думку підлітка є дуже вагомою, чи несподівано з'являється якась психотравмуюча ситуація,

неочікувана зміна у житті (перехід до нової школи, розлучення батьків, втрата друзів, смерть близької людини чи ін.). Це викликає у підлітка нав'язливі думки, фрустрацію, провокує нестабільний емоційний чи пригнічений стан. Саме на це слід звернути увагу батькам, щоб вчасно надати підтримку і допомогу дитині [28, с.31]. Якщо вчасно не підтримати підлітка, згодом психологічний стан буде поглиблюватися і стане повсякденним, переросте у тривожність, що може спровокувати збій оптимального функціонування вегетативно-гуморальної регуляції організму, викликати появу психосоматичних захворювань.

За ствердженням І. Грицюк, спілкування з батьками у підлітковому віці, також є одним із чинників виникнення психосоматичних захворювань. Батьки часто не бачать проблем у відносинах з дітьми, і можуть не чути прохань дітей про допомогу, адже ті висловлюють її зашифрованою формі. Тим більше, що багатьом підліткам важко словесно попросити про допомогу батьків прямо, тому вони й застосовують невербальні натяки тіла. Якщо дорослі не розуміють цих сигналів, тоді організм підлітків починає продукувати захворювання, намагаючись так привернути увагу дорослих до нестабільного емоційного стану підлітка. Психологічний стан дитини може залишатися не поміченим батьками, але захворювання точно стає помітним і потребує психологічного супроводу і турботи про хвору дитину [6, с.122].

Усвідомлення та реакція підлітків на несприятливі стресові впливи середовища є визначальними чинниками виникнення психосоматичних захворювань. При цьому, як вказує О. Масік, у віці 15-16 років можуть загострюватися психоматичні розлади, і в цей час завершується період статевого дозрівання, відбуваються становлення особистості, стабілізація самооцінки, формування адекватного ставлення до себе та до оточуючих [28, с. 8].

Як зауважують Ю. Рудік, Є. Кушмирук, не кожен підліток готовий просити про допомогу в дорослих, а тому знаючи про складний етап і травматичну подію в житті підлітка, батьки повинні уважніше стежити за

його психологічним станом та його здоров'ям. Найпершим сигналом про психосоматичне захворювання у підлітка є емоційний стан підлітка, якщо в нього довгий час тримається поганий настрій, він відчуває себе пригніченим, депресивним, надмірно чутливим, не бажає ні з ким спілкуватися, батькам слід звернути увагу на це, поговорити з ним прямо або звернутися до психолога [50].

Якщо підліток також демонструє млявість, малоактивність, роздратованість, незадоволеність, скаржиться на болі у різних органах, у нього виникають симптоми незрозумілого генезу, діагностичні обстеження не виявляють значних порушень функцій органів, а медикаментозне лікування не дає ефективних результатів, то найчастіше у нього саме психосоматичне захворювання [6, с.123].

До труднощів виявлення психосоматичних захворювань у підлітків, на думку І. Грицюк, відноситься те, що підлітки, помічаючи наявний стрес і конфлікти у сім'ї (наприклад, у відносинах між батьками), не можуть висловити свої переживання, а тому обирають такий нестандартний спосіб реагування на наявні внутрішньосімейні проблеми [6, с. 121].

Також дуже складно діагностувати психосоматичні захворювання у тих, хто не володіє образним, символічним мисленням, алекситимією, не може пояснити власні фізичні чи психологічні відчуття. Коли у підлітка не сформований досвід розуміння власних емоцій та реакцій у тілі, малий словниковий запас щодо опису відчуттів і переживань, він не може правильно пояснити, що з ним відбувається, викликаючи роздратування у батьків, та не розуміння в інших дорослих (вчителів, психолога, медичних працівників).

Науковці О. Масік, Л. Пипа, Ю. Лисиця серед проблем визначення та психологічного супроводу психосоматичних захворювань у підлітків називають алекситимію. Тобто підлітки мають проблеми із розпізнаванням та висловленням своїх емоцій та переживань, а тому несвідомо переводять їх в соматичний вияв. Внаслідок власної неспроможності виявляти емоції і

почуття у міжособистісних відносинах підлітки ризикують перевести їх у внутрішній світ, де не знайшовши виходу, ці переживання можуть відобразитися у тілі. Так, тривога, агресія, не відреаговані емоції можуть завдати великої шкоди фізичному здоров'ю підлітка. На основі цього може відбуватися формування психосоматичних захворювань, які мають симптоми різних хвороб, що не мали об'єктивних причин для їх виникнення [31, с. 390]. Водночас звертаємо увагу й на іншу сторону проблеми – оскільки підлітки не можуть висловити свої емоції назовні, то вони «заганяють їх всередину», то вони втрачають здатність до їх розпізнавання. А тому при поясненні симптомів – що у них болить, в якому органі, як сильно, коли виникають болі чи загальне нездужання, підлітки так само не можуть адекватно пояснити це лікарю чи психотерапевту, що ускладнює процес надання їм допомоги.

«Найчастішими психосоматичними розладами у підлітків є афективні, тривожно-фобічні, obsесивно-компульсивні, астеничні розлади та інші психопатологічні прояви» [31, с. 390].

У дослідженні О. Чабана із співавторами доведено, що підлітки найчастіше схильні до таких психосоматичних розладів, як: дисфоричний, тривожно-депресивний, астено-депресивний, психосоматичний [68, с. 12].

В роботі І. Марценківського вказано, коли у підлітка діагностується коморбідна симптоматика, то визначаються такі психосоматичні розлади: тривожно-фобічний синдром, синдромально-завершений депресивний синдром, синдром поведінкових і конверсійних порушень [27, с. 63].

При цьому як засвідчують І. Лук'янович і С. Теклюк [47], С. Римша та Н. Смолко [46], вияв негативних емоцій, їх лабільність від позитивних до вкрай негативних, є передумовою формування тілесних порушень у підлітків.

О. Чабан, І. Кутько, О. Хаустова, опираючись на дослідження зарубіжних дослідників Х. Уіттчена з колегами (1998), зробили висновок, що депресивні настрої дітей і підлітків дуже важко віддаються діагностиці та

вчасному розпізнаванню. А депресії у підлітків не тільки свідчать про їх емоційну дезадаптацію, а й виступають причиною формування деструктивної, девіантної поведінки [65, с. 5].

До типових психосоматичних захворювань підлітків відносяться: порушення апетиту, зміни в харчовій поведінці, алергічні висипи, шкірний свербіж, порушення сну (безсоння або навпаки сонливість), підвищена пітливість, різка зміна маси тіла (стрімке схуднення або навпаки – збільшення ваги більше, ніж на 2 кг за 2 тижні), збій менструального циклу у дівчаток, енурез, порушення ритму серця, задишка, підвищення або зниження артеріального тиску, труднощі мовлення, заїкання [40, с. 126].

У дослідженні О. Масік, Л. Пипи, Ю. Лисиці вказано, що найчастіше підлітки висловлювали такі скарги, що можуть свідчити про психосоматичні захворювання: загальна слабкість, втома, зниження працездатності; астенія, головний біль; емоційна лабільність, зниження настрою, плаксивість; надмірна чутливість, роздратованість; агресивна поведінка; тремор рук, тремтіння ніг; зниження уваги [31, с. 391].

У колективних дослідженнях під керівництвом С. Римші проаналізовано також психосоматичні захворювання підлітків-сиріт та виявлено додаткові до вищевказаних симптомів: нервові перенапруження, тривога, дезадаптація, неадекватна оцінка свого фізичного і психічного стану [45-47].

При аналізі найчастіших симптомів психосоматичних захворювань підлітків О. Масік, Л. Пипа, Ю. Лисиця [31] назвали такі (табл. 1.3.).

Таблиця 1.3.

Синдроми психосоматичних захворювань у підлітків

Синдром	Симптоми, що його відображають
1. Тривожно-фобічний синдром	Супроводжується такими симптомами, як: розлади дихання, порушення серцевої діяльності, неприємні відчуття в грудях, у животі, що супроводжують страх і тривогу, страх. Специфічність цих відчуттів у тому, що виникають у конкретних ситуаціях і властиві для третини всіх підлітків (як з повних, так і з неповних сімей);

Продовж. табл. 1.3.

Синдром	Симптоми, що його відображають
2. Тривожно-депресивний синдром	Діагностується при таких симптомах, як: тяжкість у серці, наявність за грудного болю, виникнення вегетативних порушень (дистонія, розлади серцебиття, ускладнене дихання), відчуття внутрішнього напруження і треміння, почуття печіння, поколювання, тиску в різних органах. Ці симптоми виявлялися у вигляді циркадного ритму. Частіше тривожно-депресивний синдром діагностувався у підлітків старшого віку та значно частіше у дітей з неповних сімей, чим у сиріт. При надмірному вияві тривоги підлітки відрізнялися непосидючістю, напруженістю, схильністю до несподіваних реакцій.
3. Астено-невротичний синдром	Виявляється через не стійкість артеріального тиску, лабільність пульсу, порушення секреторної та моторної функцій шлунково-кишкового тракту, досить тривалу субфебрильну температуру, загальну слабкість, втому, низьку працездатність, головний біль, астенію, психогенну лихоманку. Цей синдром властивий для третини підлітків з повних сімей та половини підлітків з неповних сімей [31, с. 391].
4. Конверсійно-дисоціативний синдром	Зазвичай є найменш вираженим серед психосоматичних розладів, і має такі симптоми, як: відчуття «каменю» в горлі, труднощів при ковтанні; «невротичний шолом головного болю», різні больові відчуття. Частіше цей синдром виявлявся у дітей-сиріт і не значно встановлено у підлітків з повних родин [31, с. 391].

При детальному аналізі першопричин, які могли спровокувати психосоматичні захворювання у підлітків, вони вказували на вплив стресових чинників, на конфлікти в сім'ї та школі, розлучення батьків та вимушену розлуку з одним з батьків, переїзд в інше місце проживання, зміна школи і зміна класу, тривала соматична хвороба, важке захворювання когось з родичів, операція та смерть родичів, переживання з приводу власного здоров'я [31, с. 392]. При цьому дослідниці встановили, що майже у 70% підлітків, які мали симптоми психосоматичних захворювань, виявлено «негативні наслідки дезадаптації, порушення поведінки, стійкі види соціально-психологічної дезадаптації» та ін. Відповідно до цього зрозуміло, що при вивченні психосоматичних розладів слід комплексно враховувати поєднання біологічних і соціально-психологічних чинників та приділяти увагу психотерапії, що «спрямована на подолання тривожності, корекцію неадекватних емоційних реакцій підлітків, зниження їх емоційного напруження» [31, с. 392].

Отже, підлітки є вразливою категорією осіб, які входять до групи ризику з виникнення психосоматичних захворювань внаслідок не вміння адекватно відреагувати на різні емоційні стимули, побудувати міжособистісні відносини з батьками та однолітками, вирішити внутрішні конфлікти. Типовими проявами психосоматичних захворювань підлітків виступають тривожно-фобічний, тривожно-депресивний, астено-невротичний синдроми. Частими симптомами є: зміни в харчовій поведінці, алергії, шкірні висипи, порушення сну, порушення ритму серця, задишка, скачки артеріального тиску, труднощі адаптації у соціумі, проблеми встановлення міжособистісних контактів.

1.4. Вплив індивідуально-психологічних властивостей на психосоматичні захворювання у підлітків

Одним із чинників, який впливає на виникнення психосоматичних захворювань у підлітків, є саме вік і стать. Зокрема, К. Проноза зауважує, що «бронхіальна астма до періоду статевого дозрівання в 2 рази частіше зустрічається у хлопчиків, ніж у дівчаток, у той час як у більш зрілому віці – частіше у жінок, ніж у чоловіків» [42].

Розглядаючи особливості виникнення психосоматичних захворювань у підлітків, С. Шевченко вказує на особливі прояви роботи трьох систем організму – нервової, ендокринної та імунної, де збій в одній з них або в їх тісному взаємозв'язку може викликати різні порушення. Зокрема, в роботі дослідниці розглянуто специфіку виникнення таких психосоматичних захворювань шкіри у підлітків, як псоріаз та нейродерміт. Вона вказує, що їх появу можна пояснити перенесеними емоційними переживаннями, які вплинули на роботу нервової системи, що відразу ж спрямувала свої пошкоджені імпульси до ендокринної та імунної, що поступово й спровокувало виникнення психосоматичної відповіді організму [69, с. 192].

Відповідно до вказаного психосоматика підлітків пояснюється їх емоційністю, нездатністю правильно визначати власні емоції та регулювати їх, а також специфічними особливостями їх нервової системи. При цьому С. Шевченко зауважує, що у випадку переживання гострого стресу нервова система допомагає розподіляти приплив крові до найбільш важливих систем та органів тіла, та організовує відтік крові від «другорядних» органів, які вважає менше важливими для виживання і подолання стресу. А тому в період переживання стресів органи людини можуть недоотримувати кисню, наприклад шкіра може набувати блілого чи навіть жовтого відтінку [69].

Також при стресі в кров людини виділяється більше гормону адреналіну, який звужує судини, може призвести до змін в роботі артеріального тиску, зволоженості шкіри та ін. Наступний гормон – кортизон, який вранці пробуджує людину і має позитивну дію, протягом дня під впливом емоційних переживань може гальмувати різні процеси регенерації, синтезу колагенових волокон у шкірі, зумовлюючи сухість, стягнутість, порушує роботу наднирників, викликаючи різні порушення в соматичному здоров'ї. І якщо спочатку дія гормонів є непомітною, то зі збільшенням переживання, або при накопиченні стресів різної інтенсивності, підвищенні їх кількості – межа природного опору організму може бути порушена і тоді виникає психосоматичне захворювання, яке стає помітним.

До особливостей нервової системи підлітків, у яких виникають психосоматичні прояви псоріазу та нейродерміту С. Шевченко відносить: слабку нервову систему, яка зумовлює виникнення таких якостей, як: нерішучість, невпевненість в собі, труднощі з прийняттям рішень, здійснення вибору, схильність до побоювань, тривожність, пасивність, образливість, надмірна залежність від матері [69].

Слушною є думка психоаналітиків, які вбачають основу у виникненні шкірних психосоматичних розладів у порушеннях відносин з матір'ю в ранньому віці, проблемах у встановленні шкірної чутливості. Підлітки з нейродермітом, поглибленим дерматозом переживали труднощі

встановлення контактів з матір'ю в дитинстві, а також знаходяться у конфліктах з нестриманою, неухважною і холодною матір'ю нині [69, с. 193].

Розглядаючи не типову поведінку розчісування шкіри аж до виникнення подразнень, нейродермітів та псоріазу, дослідниця вказує, що так підлітки намагаються задовольнити свою потребу в ласці від найближчих людей. Фрустрація потреби у турботі викликає в них агресію, яка гальмується, приховується, «заганяється всередину», адже не є соціально прийнятною («не можна гніватися на маму, думати, що вона не любить»). І розчісуючи шкіру, підліток в такий сурогатний спосіб намагається реалізувати свою потребу у ласці, звільняє агресію на тих людей, які не можуть надати турботу, трансформуючи її в аутоагресію (завдаючи собі шкоди).

Також підліткам із нейродермітами та псоріазом властиві знижена опірність до стресів, нестійка «Я-концепція», невпевненість у собі, низька самооцінка власної зовнішності, перебільшені відчуття фізичної і соціальної неповноцінності, які підсилюють їх підозріливість і настороженість у міжособистісних контактах [69].

Ще підліткам з цими психосоматичними захворюваннями шкіри властиве придушене почуття ворожості до батьків, суперечливий профіль особистісних якостей, почуття власної неадекватності при високому рівні інтелекту, своєрідність мислення, високий рівень домагань, що поєднується із високою незадоволеністю собою та фрустраційними переживаннями [69]. Відповідно до вказаного з цими підлітками слід проводити комплексну лікувальну роботу, яка охоплює медикаментозний вплив на нервову систему, шкіру та психотерапевтичну допомогу для подолання першопричин виникнення вказаних психосоматичних захворювань.

Продовжуючи розглядати вплив індивідуально-психологічних особливостей підлітків на виникнення психосоматики, детальніше зупинимося на їх емоційності.

Насамперед слід зазначити, що емоційні порушення, не стійкість нервової системи та негативні переживання й розлади у підлітків не зникають безслідно, вони відображаються на особистісному розвитку та знаходять своє відображення в їх тілесному здоров'ї та поведінці у житті. На думку Ю. Ільїної, «тривалі емоційні стани і неприємні переживання викликають у підлітків нервові та психічні розлади, та провокують органічні хвороби (гіпертонія, язва шлунку і т.д.)» [13, с. 111].

Підлітки відрізняються високою емоційністю, вразливістю, а також сугестивністю, вони піддаються впливу найближчого оточення, важливих людей, друзів, членів референтної групи. Ю. Ільїна вказує, що якщо батьки чи інші члени сім'ї відчують негативні емоційні стани тривоги, стресу, неспокою, то це відображаються всіх видах здоров'я членів родини. При цьому в основі багатьох соматичних захворювань лежать невідреаговані емоції та «невикорінений» стрес. Водночас небезпечним джерелом стресів підлітка у сім'ї є почуття емоційної ізоляції, самотності, дистанціювання від членів сім'ї, навіть перебуваючи у родині [13, с. 112].

Аналізуючи особливості підліткової емоційності, Ю. Ільїна вказує на існування «підліткового комплексу» емоційності, що включає перепади настрою від високої радості до печалі без певних причин, цілий ряд полярних якостей. Зважаючи на високу емоційність, підліток гостріше відчуває милосердя і співчуття до печалі інших людей. Кризовий період розвитку підлітка збагачує його знаннями і почуттями неймовірної глибини, в цей час підліток через душевні переживання збагачує сферу власних емоцій і думок, проходить школу ідентифікації із собою та з іншими, навчається навичкам спрямованого відокремлення [13, с. 112].

В підлітковому віці можуть виникати емоційні, психосоматичні розлади, а також девіантні прояви в поведінці. Переважна відповідальність за формування цих відхилень у стані здоров'я та поведінки лежить на батьках, які не забезпечили умов для комфортного становлення емоційно стійкої особистості, не створили у сім'ї сприятливої атмосфери, не задовольнили

потреби підлітка у любові, емоційній підтримці, у самоствердженні та розвитку його індивідуальності, в особистісному зростанні [13, с. 112-113].

Вплив одного з батьків на підлітка може бути настільки сильним, що підліток може наслідувати не тільки типову поведінку батька чи матері, а й його / її психосоматичні захворювання. Наприклад, якщо батьки хворіють на гіпертонічну хворобу, то ймовірність виникнення проблем з артеріальним тиском у дитини-підлітка підвищується у багато разів.

Розглядаючи емоційність підлітків, М. Компанович вказує, що нестабільність їх психосоматичного реагування часто відображає демонстративний і динамічний характер, що спричиняється різними чинниками впливу на організм: насамперед, соціальними (підвищені вимоги до навчання, навантаження на пізнавану сферу проблеми адаптації, що провокують втрату відчуття соціальної захищеності і стабільності); міжособистісними (труднощі у взаєминах в сім'ї). Вказані чинники можуть загострювати індивідуальну вразливість підлітка, викликати у нього «витіснення проблем із внутрішніх переживань у тілесні форми вияву» [16, с. 106].

Підлітки характеризуються надмірною вразливістю. Вони постійно переймаються з приводу власної зовнішності, здібностей і вмінь, прагнуть завоювати авторитет у референтній групі. Додаткові несприятливі чинники зовнішнього середовища негативно впливають на підлітків та зумовлюють у них подвійне психологічне навантаження, викликаючи тривогу, напруження, страх, типову реакцію завмирання чи навпаки – агресії і схильності до ризику.

Як вказує М. Кусень, виникнення тривоги є досить типовим для підлітків у стресових ситуаціях. Внаслідок впливу несприятливих чинників середовища тривога може затримуватися надовго та поступово переростати у фонове відчуття тривожності обставин почуття тривоги може перерости у стійку особистісну якість. За результатами проведеного дослідження М. Кусень встановила зв'язок між властивостями нервової системи підлітків,

їх стресостійкістю та соматичними скаргами. За її даними, чим сильнішою є нервова система, тим вищим є рівень стресостійкості підлітків та навпаки. Тривожність тісно пов'язується із здатністю опиратися стресам та виявляється у соматичних симптомах. Особливо тривожність підлітків пов'язана із здатністю організму витримувати інтенсивні психологічні навантаження. При зниженні опірності організму до впливів несприятливих чинників середовища у підлітків виникали проблеми із здоров'ям, певні захворювання (вегето-судинна дистонія, бронхіальна астма, проблеми з артеріальним тиском, захворювання шлунково-кишкового тракту та ін.). Відповідно до цього одним із шляхів запобігання психосоматичних порушень в організмі є профілактика тривожності у підлітків. Учні із зони ризику з виникнення психосоматичних захворювань внаслідок впливу тривожності потребують корекції емоційної сфери для подолання їх внутрішнього напруження та формування якостей, які забезпечать гармонізувати особистість [23].

При дослідженні підліткової схильності до психосоматичних захворювань О. Масік робить висновок, що велику роль у виникненні цих проблем «відіграє особистісна predisпозиція, своєрідна готовність реагувати на ситуацію певним невротичним способом, що обумовлюється індивідуально-психологічними особливостями – темпераментом, типом поведінкової активності та особистісними особливостями» [30, с. 77].

Зокрема, у дослідженні О. Масік встановлено, що у підлітків з холеричним темпераментом найчастіше зустрічається схильність до психосоматичних захворювань із переважним тривожно-депресивним синдромом. У підлітків, які мали астено-невротичний синдром, частіше зустрічалися темпераменти сангвініка і холерика, а при тривожно-фобічному і конверсійно-дисоціативному синдромах – типи темпераменту розподілялись рівномірно [30, с. 80]. Загалом О. Масік зробила висновок, що частіше психосоматичними захворюваннями страждають представники холеричного і флегматичного темпераменту [30].

Також на виникнення психосоматичних захворювань у підлітків впливають їх характерологічні особливості, акцентуації характеру. У тих, хто відрізняється запальним характером, схильний до агресивних реакцій та часто змушений стримувати свій гнів (емотивний, збудливий, лабільний тип акцентуації), часто підвищується артеріальний тиск, виникають проблеми, що поступово переходять у гіпертонічну хворобу. А в пасивних, сором'язливих, чутливих осіб, які відчувають власну не сміливість, мають комплекс неповноцінності, хвилюються з будь-якого приводу (тривожний тип акцентуації) – може виникати виразковий коліт, виразка шлунку та ін. [42].

У праці М. Компанович приділено увагу розгляду психосоматичного захворювання – вегето-судинної дистонії (ВСД) яка часто виникає у підлітковому віці та пов'язується із гормональними змінами в організмі, проявами акцентуацій, супроводжує наявність психологічних проблем [16, с. 207]. Науковець вказує, що ВСД є комплексом симптомів, які вказують на «вегетативну дисфункцію серцево-судинної системи, що може супроводжувати не один, а багато соматичних захворювань: захворювання центральної нервової, ендокринної системи, серцеві ураження, проблеми із кровообігом, вплив стресів та інших психічних дисфункцій [16, с. 207].

При цьому, аналізуючи праці В. Гаврилькевич [3], В. Корнацького [19], Б. Михайлова [34], можна зробити висновок, що із виникненням ВСД як психосоматичного захворювання тісно пов'язані такі особистісні якості, як:

- нездатність прийняти ситуацію, в якій перебуває особистість. Вона має певні потенціали і запити, але не володіє ресурсами для їх задоволення. А відповідно – відчуває стійкий стрес та фрустрацію.

- неусвідомлюваною проблемою часто є неспроможність визначити власні бажання, тобто у підлітків з ВСД існує дисоціація між бажаннями та наслідками їх задоволення. Відповідно до цього бажання підлітків часто не підчиняються раціональному поясненню а тому стають латентними для особистості [16, с. 107].

За даними дослідження С. Компанович, підліткам із ВСД властиві такі особистісні якості, які є визначальними у формуванні психосоматичних розладів: інтровертованість (як заглибленість у себе), алекситимічний тип особистості (не здатність розпізнати емоції та правильно їх відреагувати), вони мають переважно меланхолійний тип ставлення до власного захворювання. Підлітки з ВСД переважно характеризуються високими та інтенсивними емоційними переживаннями, які значно підвищуються надвечір та негативно гнівливо реагують на різні життєві події [16, с. 110].

Досліджуючи психосоматичні прояви підлітків з психосоматичними серцево-судинними захворюваннями, М. Компанович вказує, що їм властиві такі особистісні риси, що й зумовлюють виникнення розладів: відчуття незадоволеності потреби своєї значущості; невпевненість у собі, низька самооцінка; недостатність самоконтролю та самодисципліни; не прийняття соціальних норм і цінностей; невміння логічно і раціонально мислити; не вміння приймати правильні варіанти рішень в різних ситуаціях; нездатність аргументувати свої думки та висловити свої почуття і реакції щодо інших.

Підлітки із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями володіють значно вищим рівнем тривожності, заниженої самооцінки, агресії, фіксація на самозахисті та негативних емоціях порівняно з їх здоровими однолітками. Підліткам із захворюваннями характерна невротизація особистості, що відрізняється страхами, сомато-вегетативними (енурез, блювота) і руховими розладами (запаморочення та втрата координації, відчуття тремору в тілі, тремтіння і заніміння рук чи ніг) [18, с. 86].

При цьому як вказує М. Компанович, чинниками, які викликають невротизацію підлітків і їх психосоматичні захворювання, є конфлікти в сім'ї та з друзями, емоційне перенапруження, психотравматичні переживання, що виникають задовго до збільшення симптоматики серцево-судинного захворювання або депривація через тривалу госпіталізацію. Залежно від особистісних рис нервової системи підліток реагує на ці чинники різними

способами, що може провокувати настання психосоматичні захворювання [18, с. 86].

За даними М. Компанович, на виникнення психосоматичних захворювань підлітків впливає схильність підлітків до особливого типу реагування на спілкування з підлітками, їх прагнення до відстоювання власних ідей та думок, доведення дорослості та незалежності. Зокрема, коли підлітку висувається багато вимог, з якими він не може справитися, нав'язується багато обов'язків та функцій, він може почати їх вирішувати «соматично», свідомо або не свідомо ухиляючись від непосильних завдань. Також під впливом опору батьківських вказівок у підлітків може знизитися толерантність до стресових ситуацій та сформуватися схильність до соматизації депресій [17, с. 57].

Невротизація підлітків пов'язується із проявами емоційних переживань, таких як: тривожність; надмірна вразливість; плаксивість; занижена самооцінка; лабільність настрою; не сформовані комунікативні навички; нав'язливі страхи. Підлітки з психосоматичними серцево-судинними розладами мають високу схильність до депресій, що виявляється через такі ознаки, як: негативний фон настрою, зміни мотивації (втрата інтересу до того, що цікаво раніше), порушення когнітивних процесів, переважна пасивність, значне зниження самооцінки. При приєднанні депресивної симптоматики динаміка серцево-судинних порушень у підлітків відрізняється поступовим ускладненням проявів. При цьому самі депресивні розлади також можуть проявлятися у різних типологічних формах – астенічній, тривожній [18, с. 86].

Якщо батьки припускають наявність у підлітка психосоматичних захворювань, вони ініціюють огляд дитини психологом чи психотерапевтом, який зможе підтвердити чи заперечити підозри щодо психологічного походження розладу. При цьому слід розуміти, що кожен випадок унікальний, він потребує індивідуального підходу до діагностування, але не

можна ігнорувати його, адже тривале ігнорування тільки збільшує масштаб проблеми [40, с. 125].

Отже, на виникнення психосоматичних захворювань у підлітків впливають особливості їх нервової системи (слабка ЦНС), надмірна емоційність (висока вразливість, не вміння регулювати свої емоції і поведінку, чутливість до стресів та велика сила й інтенсивність переживань), акцентуації особистості (нейротизм, лабільність, дистимність тощо), особистісні властивості тривожності, невротизації та ін.

Висновки до розділу 1

Психосоматичні захворювання у науковці літературі розуміються як такі, що виникають внаслідок негативного впливу певної специфіки емоційного реагування людини на стрес-чинники, гостру чи хронічну психотравму, що відображається на функціонуванні різних систем чи органів тіла. Психосоматичні захворювання умовно поділяються на: «класичні», що включають: ішемічну хворобу серця, гіпертонічну хворобу, виразкову хворобу шлунку, бронхіальну астму; і «малі», до яких належать: невротичні порушення внутрішніх органів («органні неврози»). Початкові симптоми виникнення психосоматичного захворювання включають: емоційну напругу, стан хронічної тривожності; преневротичні ознаки (порушення сну, безсоння, страшні сни, нав'язливі думки); вегето-дистонічні прояви; соматичні вияви (субфебрилітет, нудота) та ін.

До чинників виникнення психосоматичних розладів відносяться біологічні і соціально-психологічні фактори. Спадково-конституційні чинники психосоматичних захворювань включають: особливості ЦНС та особистісно-акцентуаційні особливості; психоемоційні (або психогенні) зовнішні впливи, що опосередковані через психічну сферу; органічні (соматична ослабленість та піддатливість організму захворюванням). Також чинниками психосоматичних захворювань є: вплив стресу, підсилений дією психотравм; фрустраційні переживання; значне емоційне напруження;

зниження енергетичного потенціалу, низька стресостійкість; розвиток ендогенної прихованої депресії та ін.

Приділено увагу ролі сімейних чинників у виникненні схильності особистості до психосоматичних розладів, впливу батьківського ставлення, стилю виховання, повної чи неповної сім'ї та ін. Сімейні чинники впливу на виникнення психосоматичних розладів у дітей поділяються на три групи: соціальне мікросередовище сім'ї; внутрішньосімейна та позасімейна діяльність; безпосереднє сімейне виховання.

Проблеми виникнення психосоматичних захворювань у підлітковому віці пов'язані із перехідним періодом розвитку особистості та значним впливом стресогенних чинників оточуючого середовища на не стійку психіку. Також на виникнення психосоматичних захворювань у підлітків впливає їх слабка нервова система, яка не здатна адекватно регулювати діяльність організму та в єдності із ендокринною та імунною системою демонструють порушення функціонування регулятивних механізмів під дією стресу, психотравми. Розглянуто особливості виникнення нейродермітів і псоріазу в підлітків внаслідок порушеної роботи нервової системи, а також психологічних чинників неадекватно сформованих відносин з матір'ю, фрустраційних переживань.

Реагування підлітків на стрес є одним із чинників їх психосоматичних захворювань, також до цих захворювань можуть призводити індивідуально-психологічні особливості – темперамент, поведінкова активність, особистісні властивості (емоційність, вразливість, тривожність, схильність до невротизації, до депресивних переживань, що можуть виявлятися у формі серцево-судинних розладів, вегето-судинної дистонії, тривожного розладу та ін.). Ці підлітки пасивні, не сміливі, мають знижену самооцінку, не здатні до прийняття адекватних рішень та швидкого вибору дій.

Типовими проявами психосоматичних захворювань підлітків виступають тривожно-фобічний, тривожно-депресивний, астено-невротичний синдроми. Підлітки із психосоматичними розладами часто

невпевнені в собі, тривожні, напружені. Для них властиві вияви вегетосудинної дистонії, зумовленої гормональними змінами в організмі і психологічними проблемами; шкірних захворювань (нейродермітів, псоріазу, дермітів); розладів серцево-судинної системи, що також часто поєднується із труднощами дихання (задишка), втратою свідомості у напружених ситуаціях, стрибками артеріального тиску та ін. Правильне розуміння чинників виникнення психосоматичних захворювань дає змогу точніше встановити діагноз та запропонувати ефективний психологічний супровід.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПІДЛІТКІВ

2.1. Організація та методики дослідження

Для практичного вивчення психологічних особливостей психосоматичних захворювань у підлітків організовано і проведено емпіричне дослідження.

Відповідно до поставлених завдань дослідження спроектовано три етапи його проведення:

1. Констатувальний етап, мета якого – визначити психологічні особливості психосоматичних захворювань у підлітків, передбачав виконання таких завдань:

- підбір діагностичних методик, визначення вибірки опитуваних, проведення з ними попередньої роботи з мотивування для участі в опитуванні;
- проведення опитування респондентів, отримання первинних результатів опитування;
- аналіз та обробка отриманих результатів опитування підлітків, формулювання висновків щодо психологічних особливостей психосоматичних захворювань у підлітків;

2. Формувальний етап, мета якого – розробити і впровадити програму корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями, включав виконання таких завдань:

- обґрунтування методичних засад проведення профілактично-корекційної роботи з підлітками для запобігання та корекції психосоматичних захворювань;
- розробка програми корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями;

- впровадження занять програми корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями;

3. Контрольний етап, метою якого є аналіз ефективності проведеної роботи із підлітками із психосоматичними захворюваннями, дав змогу виконати такі завдання:

- проведення повторного опитування підлітків за методиками діагностики психологічних особливостей психосоматичних захворювань у підлітків;

- порівняння даних вхідного і контрольного зрізу даних, формулювання висновків про динаміку психоемоційного стану підлітків та особливостей прояву їх схильності до психосоматичних захворювань;

- визначення ефективності впровадженої програми корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями.

Вибірку опитуваних склали 60 підлітків (14-16 років), з них 30 хлопців та 30 дівчат. Всі опитувані мають вік 14-16 років (20 учнів 14-15 років та 40 учнів 15-16 років). Всі навчаються у 7 і 8 класах закладу загальної середньої освіти.

Під час проведення дослідження використано такі психодіагностичні методики:

- Схема А.М. Вейна для виявлення ознак вегетативних порушень;
- Шкала оцінки якості життя (О.С. Чабан);
- Методика експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса;
- Шкала стресостійкості Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10).

«Схема А.М. Вейна для виявлення ознак вегетативних порушень» призначена для встановлення характерних ознак психосоматичних симптомів, які часто супроводжують вегето-судинну дистонію, гіпертонію, виразку шлунку, бронхіальну астму та ін.

Опитуваному дається бланк (схема), що включає 13 позицій, а він має оцінити вияв чи його відсутність вказаного симптому, обравши варіант «так»

або «ні». За ствердну відповідь нараховується певна сума балів, що визначена у наступному стовпчику у бланку – від 4 до 8 балів.

Отримана сума балів не повинна перевищувати 25 балів у здорових осіб, у разі перевищення можна говорити про наявність симптомів психосоматичних захворювань, наприклад, ВСД (вегето-судинну дистонія), гіпертонія та ін.

«Шкала оцінки якості життя» (О. Чабан) призначена для діагностики задоволеності респондентів своїм життям та його якістю. Вказана шкала була запропонована і в 2017 році валідизована у дослідженні психологів і психотерапевтів під керівництвом О. Чабана, О. Хаустової та інших на великій кількості пацієнтів – здорових та із психосоматичними захворюваннями.

Опитуваному дається бланк методики, де він має оцінити ступінь своєї задоволеності різними сферами життя від 0 – зовсім не задоволений до 10 – надзвичайно задоволений.

Для оцінки пропонуються такі сфери, як фізичний стан, настрої, дозвілля, професійна (навчальна) діяльність, соціальна активність, умови проживання та ін. Наостанок пропонується оцінити загальний рівень задоволеності життям.

На основі підрахунку отриманих результатів робиться висновок про рівень задоволеності респондента якістю життя – від 0-56 балів як дуже низький, до дуже високого (від 83 балів і до 100).

На основі вказаної методики можна визначити загальний рівень суб'єктивної якості життя респондентом, а при опитуванні людей різних нозологічних груп – виявити відмінності в їх поглядах на якість свого життя та задоволеність ним.

Методика експрес-діагностики невроту К. Хека і Х. Хесса призначена для діагностики невротичних переживань, рівня схильності опитуваного до невротизації.

Включає 40 запитань, на які опитуваному пропонується відповісти «так» або «ні». При обробці результатів визначається кількість ствердних відповідей, і якщо їх більше 24 балів (по 1 балу за кожную відповідь «так»), то діагностується високий рівень схильності особистості до невротизації.

При балах від 0 до 10 вважається, що людина не схильна до невроту, а при сумі балів від 11 до 23 визначається середній рівень схильності до невротизації.

Відповідно до ідеї авторів методики вона призначена для експрес-діагностики, а тому потребує уточнень та поєднання з іншими діагностичними інструментами. Для людей, які мають високий рівень схильності до невротизації, властиві висока дратівливість, емоційна нестійкість, здатність до надмірно емоційного реагування у стресових ситуаціях (як агресивно-конфліктного, так і пасивно-плаксивого). Ці люди тривожні, напружені, готові до постійної загрози з боку інших, схильні до психосоматичних захворювань.

Шкала стресостійкості Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10) – це опитувальник для самостійного заповнення респондентом, що включає 10 запитань, розроблених у вигляді шкали Лайкерта з п'ятьма варіантами відповідей (0 = ніколи; 4 = майже завжди). Загальний бал опитувальника становив суму відповідей, отриманих на кожен пункт (діапазон 0–40), а найвищі бали свідчили про найвищий рівень стійкості.

Інструкція: Будь ласка, вкажіть, наскільки Ви погоджуєтеся з такими твердженнями, оцінюючи свій досвід за минулий місяць. Якщо та чи інша ситуація не мала місця останнім часом, як би Ви, на Вашу думку, почувалися за таких обставин?

Опитувані можуть бути розподілені на три групи відповідно до категорії стресостійкості:

- низька стресостійкість ($CD-RISC-10 \leq 26$), тобто від 1 до 26 балів;
- помірна ($>26 \text{ } CD-RISC-10 \leq 32$), тобто від 27 до 32 балів;

- та високий рівень стресостійкості (CD-RISC-10 >32), тобто більше 32 балів за сумою отриманих оцінок.

Процедура опитування включала онлайн проведення тестування за методиками. Респонденти виконувати завдання методик та відправляли отримані результати електронними засобами зв'язку. Опрацювання отриманих результатів включала якісний та кількісний аналіз даних, порівняння відповідей респондентів із психосоматичними захворюваннями та без цих захворювань, їх узагальнення.

2.2. Аналіз результатів дослідження психологічних особливостей та причин психосоматичних захворювань у підлітків

Проаналізуємо отримані результати опитування підлітків та з'ясуємо особливості проявів у них психосоматичних захворювань. Насамперед, опишемо вибірку опитуваних. Для визначення соціально-демографічних характеристик вибірки ми пропонували підліткам заповнити коротку анкету, де запитували про стать, вік, умови проживання і навчання, особливості сімейного виховання.

На основі аналізу відповідей підлітків на питання «Анкети для встановлення соціально-демографічних характеристик вибірки» отримано такі результати щодо вікового та гендерного розподілу вибірки (рис. 2.1.).

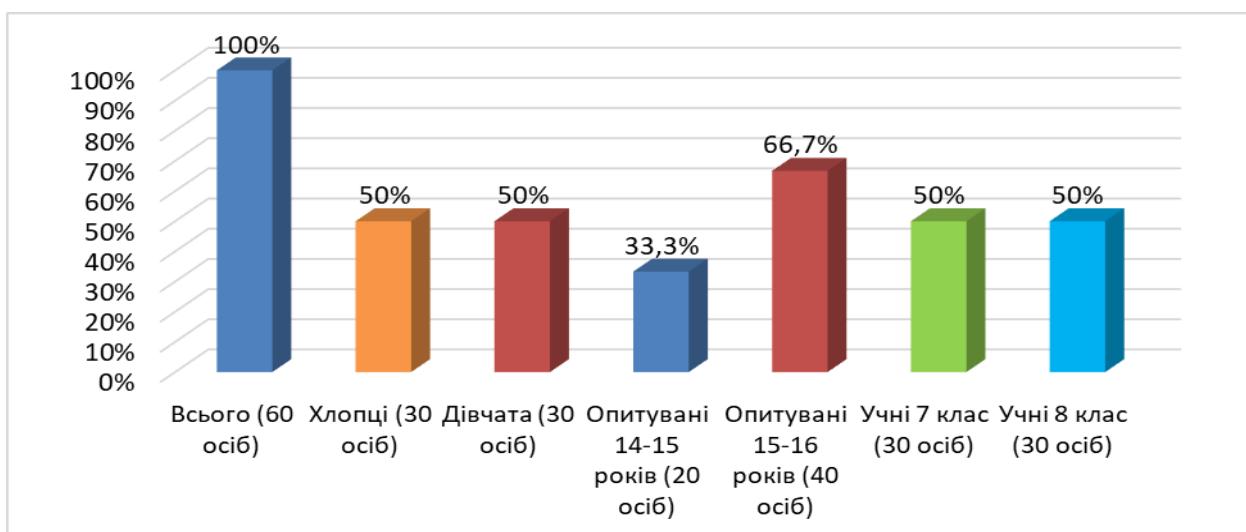


Рис. 2.1. Гендерно-вікова характеристика вибірки опитуваних підлітків

Вибірку опитуваних склали 30 хлопців та 30 дівчат. Всі опитувані мають вік 14-16 років (20 учнів 14-15 років та 40 учнів 15-16 років). Всі навчаються у 7 і 8 класах закладу загальної середньої освіти.

За характеристикою умов проживання та навчання більшість опитаних проживають на постійному місці, навчаються дистанційно та за змішаною формою (іноді відвідують офлайн уроки). 10 учнів виїхали за кордон з батьками та навчаються дистанційно, і ще 15 учнів є внутрішньо переміщеними особами, також навчаються дистанційно (рис. 2.2.).

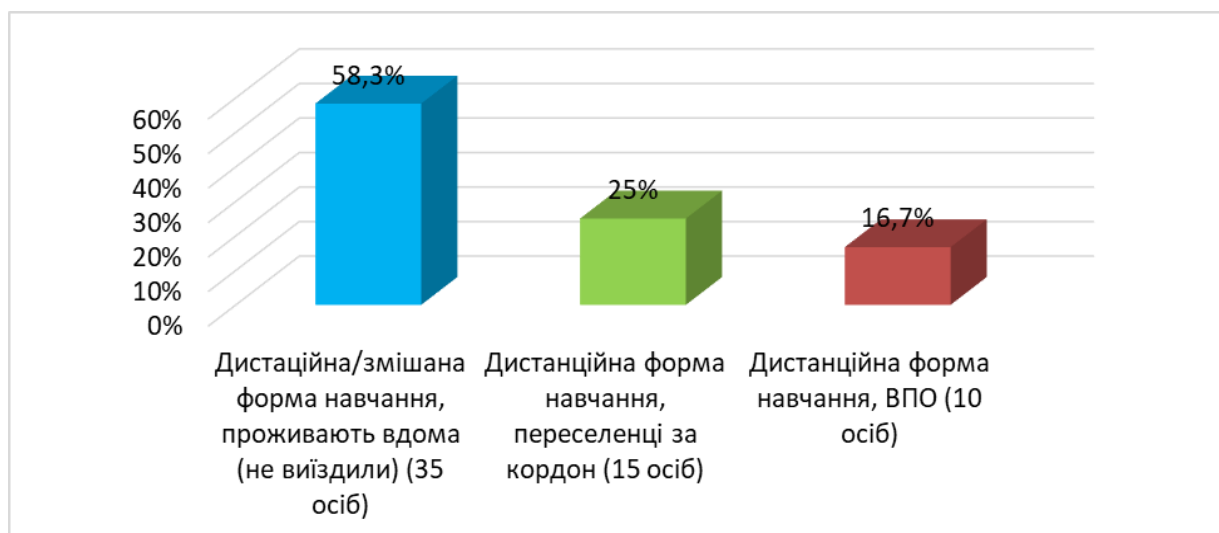


Рис. 2.2. Розподіл вибірки за умовами навчання і проживання

Серед опитуваних 35 осіб проживають на постійному місці проживання, навчаються дистанційно та за змішаною формою навчання (іноді відвідують онлайн уроки). Ще 15 осіб навчаються з-за кордону, а 10 осіб є внутрішньо переміщеними особами (по території України), ці респонденти навчаються тільки дистанційно. Загалом розподіл за місцем переміщення не є інформативним у плані навчання (однаково – дистанційна форма навчання), проте вказує на ймовірність виникнення в учнів відчуття соціальної ізоляції та втрати дружніх зв'язків з однолітками. Крім того, припускаємо, що у підлітків, які є переселенцями за кордон, можуть виявлятися вищі показники емоційної стійкості, здатності опиратися стресу, оскільки вони не перебувають постійно під загрозою ракетного обстрілу та вирішення

нагальних питань швидкого реагування на різні загрози хімічного та ядерного апокаліпсису.

Крім того, ми запитували учнів про умови їх сімейного виховання, оскільки на основі аналізу теоретичних засад щодо особливостей виникнення психосоматичних захворювань виявлено, що діти із неповних сімей мають вищу схильність до цих захворювань. Відповідно до отриманих відповідей – 45 осіб виховуються у повних сім'ях, 15 осіб виховуються у неповних сім'ях.

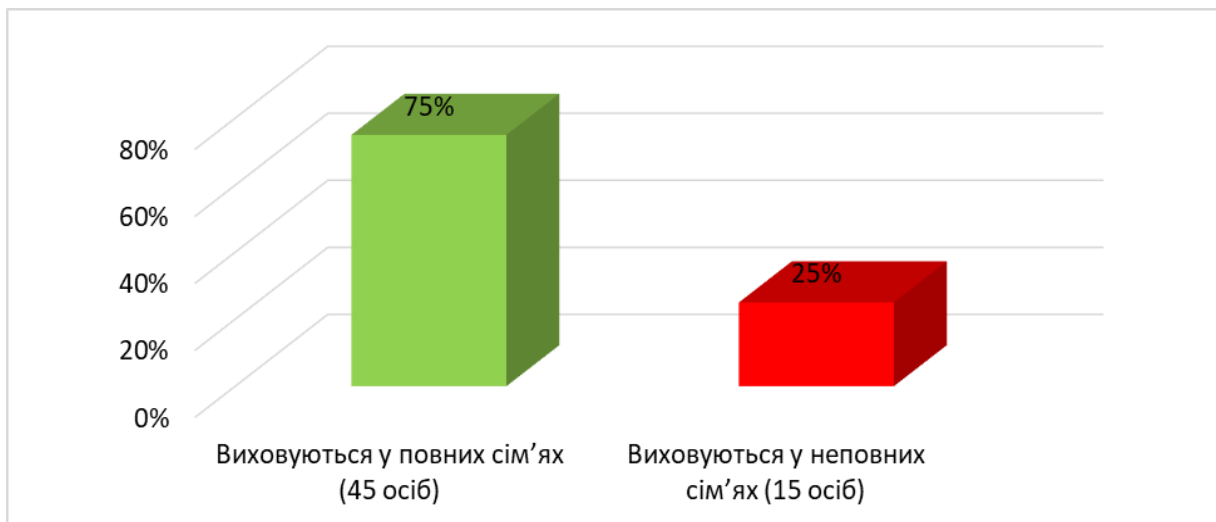


Рис. 2.3. Розподіл вибірки за умовами сімейного виховання

Крім того, ми запитували учнів щодо їх психоемоційного стану та рівня тривоги, про його зміни протягом останніх 1-2 місяця та динаміку з початку війни (рис. 2.4.).

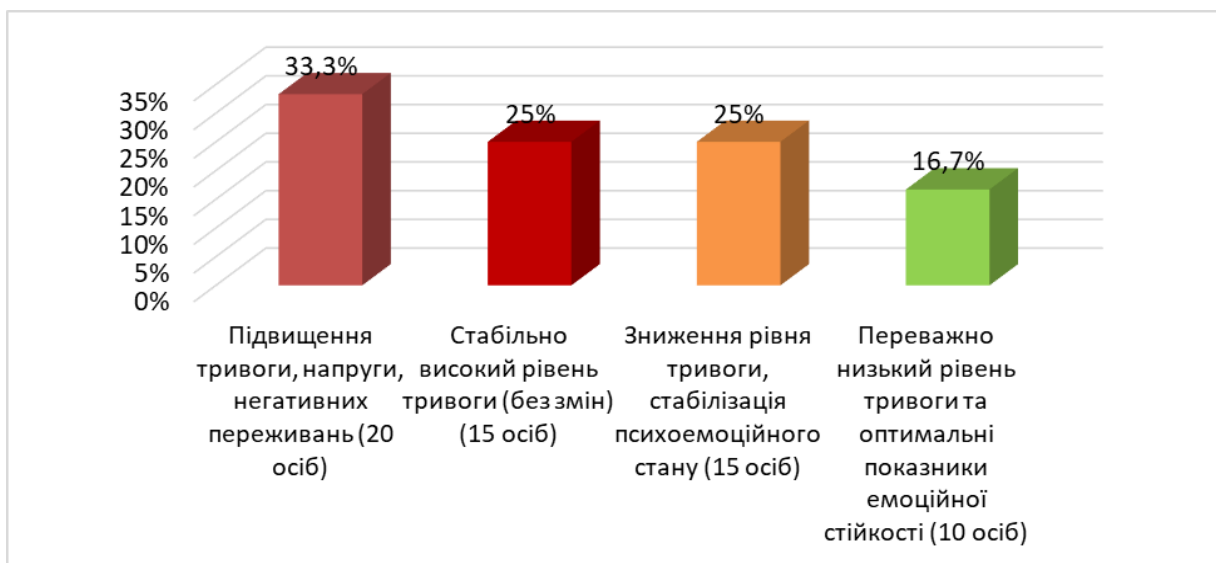


Рис. 2.4. Зміни в психоемоційному стані підлітків з початком війни

Відповідно до отриманих результатів у третини опитаних підлітків виявлено підвищення тривоги, напруги, негативних переживань (33,3%). По 25% опитаних вказала на «стабільно високий рівень тривоги (без змін)» та «зниження рівня тривоги, стабілізацію психоемоційного стану». І тільки у 16,7% підлітків виявлено «переважно низький рівень тривоги та оптимальні показники емоційної стійкості». Тобто більшість підлітків мають стабільно високий рівень тривоги або її зростання з початком війни та за останні 1-2 місяці (сумарно 58,3%). Це вказує на ймовірність виникнення у них психосоматичних захворювань при потраплянні учнів у складні стресові умови, з якими вони не зможуть швидко й адекватно справитися. Відтак, більше половини опитаних підлітків потребують допомоги і підтримки, профілактичної роботи з запобігання психосоматичних захворювань.

Далі було застосовано методику «Схема А.М. Вейна для виявлення ознак вегетативних порушень», на основі якої ми визначили наявність або відсутність психосоматичних захворювань у підлітків (рис. 2.5).

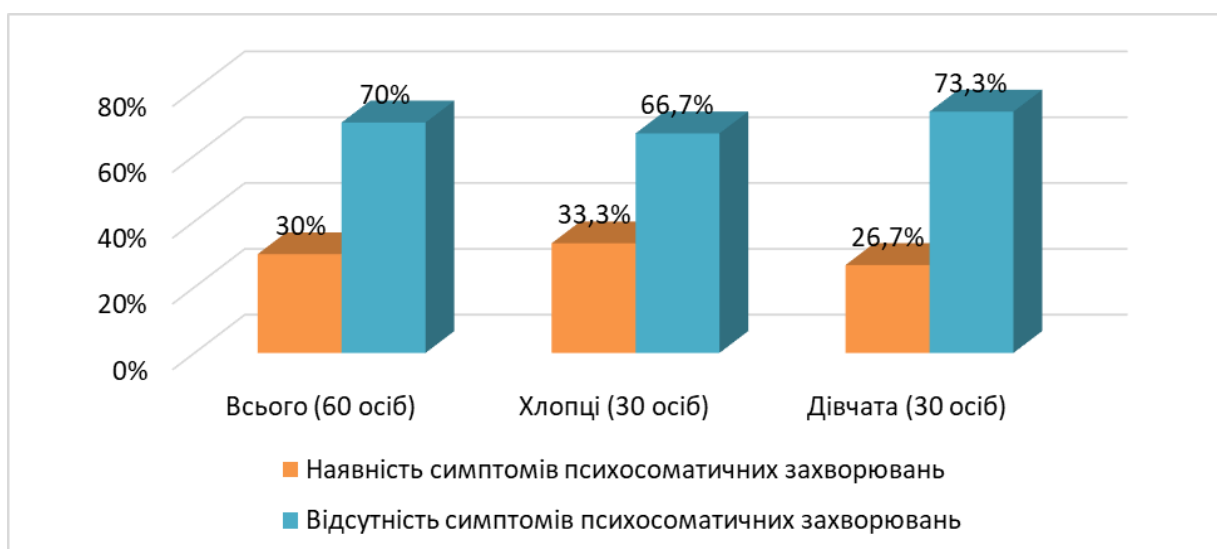


Рис. 2.5. Прояви симптомів психосоматичних захворювань у підлітків (за схемою А. Вейна)

За отриманими даними у групі підлітків виявлено 30% респондентів із психосоматичними захворюваннями, у них встановлено стійкі симптоми прояву психосоматики, учні зазначили часті прояви субфебрильної

температури неясного генезу, часте виникнення судинних сіточок на різних частинах тіла, підвищену пітливість, погіршення стану здоров'я при зміні погоди, труднощі з диханням, проблеми шлунково-кишкового тракту, підвищеного артеріального тиску та ін. Водночас ці респонденти вказували на такі психологічні характеристики, як підвищену тривожність, дратівливість, вияви негативних переживань страху, гніву, лабільність настрою, астенію та ін.

У більшості респондентів не було виявлено психосоматичних захворювань (70%), у них встановлено відсутність симптомів вегетативних порушень.

При цьому до психосоматичних захворювань схильні як хлопці (33,3%), так і дівчата (26,7%). У цих респондентів однозначно виявляються симптоми типових проявів психосоматики – підвищений артеріальний тиск, труднощі з диханням, порушення роботи серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, субфібрилітет, підвищена пітливість, погіршення стану здоров'я при зміні погоди та ін. Відсутність психосоматичних захворювань властива для 66,7% хлопців та 73,3% дівчат.

Далі ми проаналізували особливості вияву психосоматичних захворювань у підлітків, які мають різні умови навчання і проживання (табл. 2.1).

Таблиця 2.1.

Прояви симптомів психосоматичних захворювань у підлітків (за місцем проживання)

Симптоми	Переселенці (15 осіб)		ВПО (10 осіб)		Не виїздили (35 осіб)	
	п	%	п	%	п	%
Наявність симптомів психосоматичних захворювань	3	20%	2	20%	13	37,1%
Відсутність симптомів психосоматичних захворювань	12	80%	8	80%	22	62,9%

Симптоми психосоматичних захворювань виявляються у 20% підлітків, які є переселенцями за кордон і тих, хто внутрішньо переміщений в межах

України. Так само – по 80% опитаних, які виїхали з початку війни та знаходяться у більш безпечних регіонах, не мають симптомів психосоматичних захворювань.

У підлітків, які залишилися вдома на своєму місці проживання, частіше виявляються симптоми психосоматичних захворювань (37,1%, що на 17,1% більше, ніж серед переселенців за кордон чи ВПО). Відсутність симптомів психосоматичних захворювань встановлено у 62,9% підлітків, які не виїздили.

На нашу думку, сам факт місця проживання не має суттєвого значення, а ось психологічна складова проживання у своєму домі, але під постійними обстрілами чи загрозами ракетних обстрілів значно знижує психічне здоров'я, виснажує нервову систему, шкідливо впливає на здатність організму впоратися із різними викликами. Давно зауважено, що особи із психосоматичними захворюваннями складніше реагують, наприклад, на сезонні простудні захворювання, довше відновлюються, оскільки їх імунна система постійно перебуває у виснаженому стані. Тривалий вплив стресу, недосипання після нічних атак, постійне напруження і тривога, яку переживають підлітки, які залишаються вдома, але у постійній небезпеці, негативно впливають на стан їх здоров'я – як психологічного, так і соматичного. Саме тому, на нашу думку, у цих респондентів й було виявлено вищу частоту психосоматичних захворювань, порівняно із респондентами, які є переселенцями чи ВПО.

Також проаналізували особливості вияву психосоматичних захворювань у підлітків, які виховуються у повних та неповних сім'ях (табл. 2.3.). Як бачимо, серед підлітків із повних сімей схильність до психосоматичних захворювань мають 28,9%, і решта 71,1% не мають симптомів цих захворювань. А серед учнів, які виховуються у неповних сім'ях – також близько третини відрізняються схильністю до психосоматичних захворювань (33,3%). Решта 66,7% підлітків із неповних сімей не мають психосоматичних захворювань. Тобто відмінності в частоті

проявів психосоматичних захворювань становлять 4,4% серед підлітків, які виховуються у повних і неповних сім'ях, а тому вважаємо їх не суттєвими.

Таблиця 2.2.

**Прояви симптомів психосоматичних захворювань у підлітків
(за умовами виховання)**

Симптоми	Із повних сімей (45 осіб)		Із неповних сімей (15 осіб)	
	п	%	п	%
Наявність симптомів психосоматичних захворювань	13	28,9%	5	33,3%
Відсутність симптомів психосоматичних захворювань	32	71,1%	10	66,7%

Також, порівнюючи результати опитування підлітків щодо вияву їх тривоги та динаміки психоемоційного стану з початком війни, бачимо, що зростання тривоги та стабільно високий її рівень переважають в опитуваних дівчат (рис. 2.6).

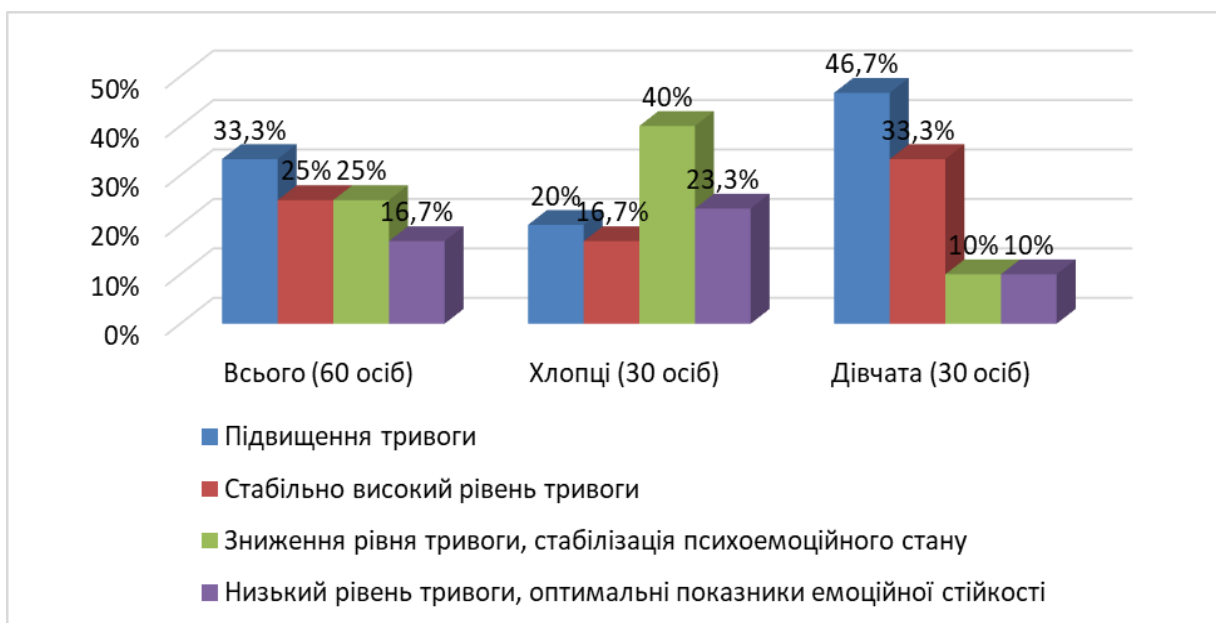


Рис. 2.6. Зміни в психоемоційному стані опитуваних підлітків з початком війни

У хлопців виявлено переважання зниження тривоги за останні 1-2 місяці (40%), однак у 20% виявлено значне підвищення, а в 16,7% стабільно високий рівень тривоги. Тобто більше третини опитаних хлопців відчують

високу тривогу (сумарно 36,7%), і в решти 23,3% встановлено оптимальні показники емоційної стійкості.

А серед дівчат зростання тривоги мають 46,7% опитаних, ще третина вказали на стабільно високий її рівень (33,3%). На стабілізацію психоемоційного стану та переважно оптимальні показники емоційної стійкості вказали тільки по 10% дівчат. Відповідно до цих даних зрозуміло, що дівчата значно гостріше реагують на стресові ситуації та перебувають під впливом психотравматизації внаслідок війни.

Також ми досліджували прояви психоемоційних станів підлітків, які залишалися вдома та які виїхали за кордон чи в більш безпечні регіони України (табл. 2.3).

Таблиця 2.3.

**Зміни в психоемоційному стані опитуваних підлітків з початком війни
(за місцем проживання)**

Зміни у психоемоційному стані опитуваних з початком війни	Переселенці (15 осіб)		ВПО (10 осіб)		Не виїздили (35 осіб)	
	п	%	п	%	п	%
Підвищення тривоги, напруги, негативних переживань	-	-	-	-	20	57,1%
Стабільно високий рівень тривоги (без змін)	2	6,7%	3	30%	10	28,6%
Зниження рівня тривоги, стабілізація психоемоційного стану	5	33,3%	5	50%	5	14,3%
Переважно низький рівень тривоги та оптимальні показники емоційної стійкості	8	53,3%	2	20%	-	-

Переселенці за кордон не вказали на підвищення тривоги за останні 1-2 місяці та з початком війни, у них виразно переважає низький рівень тривоги і оптимальні показники емоційної стійкості (53,3%) та навіть зниження тривоги, стабілізація емоційного стану (33,3%). Вважаємо, що це пов'язано із їх перебування в безпечному місці та адаптації до умов життя закордоном.

У підлітків ВПО третина мають стабільно високий рівень тривоги (30%), у 50% знизилася прояви тривоги, стабілізувавши емоційний стан, а решта 20% навіть вказали на оптимальні показники емоційної стійкості.

Однак серед підлітків, які не виїздили, переважають опитувані із зростанням тривоги, напруги і негативних переживань (57,1%), майже у третини встановлено стабільно високий рівень тривоги (28,6%). І тільки 14,3% опитаних вказали на зниження рівня тривоги, стабілізацію психоемоційного стану за останні 1-2 місяці. Тобто найчастіше тривога виявляється саме у підлітків, які не виїздили, і продовжують перебувати в небезпеці.

Також проаналізували зміни в психоемоційному стані підлітків із повних і не повних сімей (табл. 2.4).

Таблиця 2.4.

**Зміни в психоемоційному стані опитуваних підлітків з початком війни
(за умовами виховання)**

Зміни у психоемоційному стані опитуваних з початком війни	Із повних сімей (45 осіб)		Із неповних сімей (15 осіб)	
	п	%	п	%
Підвищення тривоги, напруги, негативних переживань	15	33,3%	5	33,3%
Стабільно високий рівень тривоги (без змін)	12	26,7%	3	20%
Зниження рівня тривоги, стабілізація психоемоційного стану	11	24,4%	4	26,7%
Переважно низький рівень тривоги та оптимальні показники емоційної стійкості	7	15,6%	3	20%

Як бачимо, третина опитаних підлітків з обох категорій (по 33,3%) мають підвищення тривоги, зростання напруги і негативних переживань. Стабільно високий рівень тривоги мають 26,7% підлітків із повних сімей та 20% із неповних сімей. Подібна кількість опитаних вказали на зниження рівня тривоги, стабілізацію психоемоційного стану (24,4% учнів із повних сімей та 26,7% із неповних). І решта підлітків мають оптимальні показники емоційної стійкості та переважно низький рівень тривоги (15,6; із повних сімей та 20% із неповних сімей).

За відповідями опитаних – бачимо відмінності у проявах підвищеного та високого рівнів тривоги у 6,7% (більше серед підлітків з повних сімей). А оптимальні показники про зниження тривоги та стабілізацію

психоемоційного стану та виразний прояв емоційної стійкості мають більшою мірою підлітки з неповних сімей (сумарно так само на 6,7%). Вказані відмінності вважаємо не суттєвими для формулювання висновків про різні вияви схильності до підвищення тривоги підлітків з різних типів сімей за час війни.

Крім того, виявлено, що для підлітків із психосоматичними захворюваннями частіше властиве підвищення тривоги та її стабільно високий рівень (табл. 2.5.).

Таблиця 2.5.

Рівні тривоги у підлітків з психосоматичними захворюваннями

Зміни у психоемоційному стані опитуваних з початком війни	Підлітки із психосоматичними захворюваннями (18 осіб)		Підлітки без психосоматичних захворювань (42 особи)	
	п	%	п	%
Підвищення тривоги, напруги, негативних переживань	8	44,4%	12	28,6%
Стабільно високий рівень тривоги (без змін)	10	55,6%	5	11,9%
Зниження рівня тривоги, стабілізація психоемоційного стану	-	-	15	35,7%
Переважно низький рівень тривоги та оптимальні показники емоційної стійкості	-	-	10	23,8%

Для 44,4% респондентів із наявними психосоматичними захворюваннями властиве підвищення тривоги, напруги, негативних переживань, і ще в 55,6% підлітків із цієї категорії мають стабільно високий рівень тривоги (без змін).

А для підлітків, які не мають психосоматичних захворювань, більш властиві зниження рівня тривоги, стабілізація психоемоційного стану (35,7%), у 28,6% також виявлено зростання тривоги. Проте у 23,8% встановлено переважно низький рівень тривоги та оптимальні показники емоційної стійкості. І тільки 11,9% мають стабільно високий рівень тривоги.

Тобто для підлітків із психосоматичними захворюваннями на 15,8% частіше властиві відповіді про зростання тривоги, на 43,7% - відповіді про

стабільно високий рівень тривоги (який не знижувався і не підвищувався за останній час). Проте цим підліткам не властиві оптимальні прояви тривоги – ні динаміка її зниження, ні стабілізація емоційного стану, відчуття оптимальної емоційної стійкості. Тобто простежується тісний взаємовплив високого рівня тривоги та вияву психосоматичних захворювань у підлітків.

Далі було використано методику «Шкала оцінки якості життя» (О. Чабан), за якою отримано такі оцінки підлітками різних сфер свого життя (рис. 2.7).

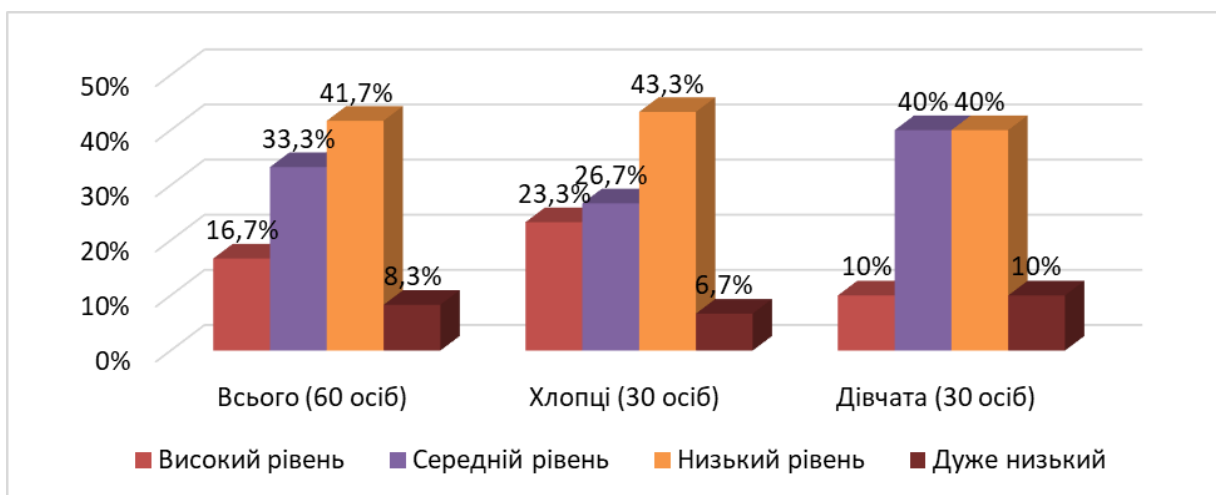


Рис. 2.7. Рівні задоволеності якістю життя у підлітків (за шкалою О. Чабана)

Як бачимо, більшість опитаних підлітків мають низький і середній рівні оцінки якості життя (41,7% і 33,3% відповідно). Ще у 16,7% опитаних виявлено високий рівень, і решта 8,3% виявляють дуже низькі оцінки задоволеності якістю власного життя, вони незадоволені практично всіма його сферами, відрізняються виразною незадоволеністю, роздратованістю, напруженістю.

Серед хлопців переважна більшість вказують на низький рівень задоволеності якістю життя (43,3%), ще у 26,7% встановлено середній рівень, а оптимальний високий рівень – властивий тільки для 23,3% опитаних хлопців. Серед дівчат по 40% мають середні та низькі оцінки якості життя, що вказують на переживання фрустрації, розчарування, дратівливості,

негативних переживань щодо різних сфер життя у більшості дівчат. По 10% дівчат мають вияви як високої, так і дуже низької оцінки якості життя.

Відповідно до вказаного – висока задоволеність якістю життя більш властива для хлопців (на 13,3%), а середній рівень частіше проявляється у дівчат (на 13,3%). Водночас дуже значна частина опитуваних вказали на низьку і дуже низьку оцінку якості життя, задоволеності його сферами (по 50% хлопців та дівчат сумарно). Нагадаємо, що незадоволеність якістю життя, відсутність відчуття позитивних емоцій при оцінці різних сфер самореалізації у житті негативно впливає на психоемоційний стан особистості, викликає напруження, фрустрацію, емоційну дратівливість, нестійкість емоційної сфери. Все це може стати чинником ризику з виникнення психосоматичних захворювань. А тому для профілактики і корекції психосоматичних захворювань варто приділяти увагу не тільки стабілізації психоемоційного стану, а й навчати підлітків позитивно ставитися до себе, до свого життя, розпізнавати приємні моменти в ньому, рефлексувати щодо власних здібностей і можливостей досягти успіхів у різних сферах самореалізації.

При аналізі задоволеності якістю життя у підлітків – переселенців, ВПО та тих, хто не виїздив, встановлено виразну перевагу високих оцінок у підлітків, які знаходяться в умовно безпечних регіонах (табл. 2.6.).

Таблиця 2.6.

Рівні задоволеності якістю життя у підлітків (за місцем проживання)

Рівні задоволеності якістю життя	Переселенці (15 осіб)		ВПО (10 осіб)		Не виїздили (35 осіб)	
	п	%	п	%	п	%
Дуже високий	-	-	-	-	-	-
Високий рівень	6	40%	4	40%	-	-
Середній рівень	3	20%	2	20%	15	42,9%
Низький рівень	6	40%	4	40%	15	42,9%
Дуже низький	-	-	-	-	5	14,2%

Переселенці за кордом мають як високі, так і низькі показники задоволеності якістю життя (по 40%), такі ж оцінки виявляємо і в серед

підлітків-ВПО (по 40% мають високі і низькі оцінки). По 20% підлітків з цих підгруп вказують на середній рівень оцінки якості життя.

У підлітків, які не виїздили, по 42,9% мають середні та низькі оцінки якості життя, ще 14,2% мають дуже низькі оцінки, однак зовсім відсутні високі оцінки задоволеності якістю життя.

Тобто при стабільно низьких оцінках задоволеності якості життя приблизно у 40% всіх опитаних підлітків, у переселенців за кордон і ВПО присутні також високі оцінки (по 40%), а в учнів, які не виїздили, виявляються тільки середні оцінки. Це вказує на чинники ризику виникнення у них психосоматичних захворювань або загострення вже існуючих. Адже при незадоволеності власним життям підліток переважно відчуває негативні емоції, фрустрацію, роздратування, що призводить до погіршення психоемоційного стану та може становити загрозу виникнення психосоматичних захворювань.

Щодо підлітків із повних і неповних сімей встановлено перевагу низького і середнього рівні в учнів із повних сімей та середнього і низького - в учнів з неповних сімей (табл. 2.7.).

Таблиця 2.7.

Рівні задоволеності якістю життя у підлітків (за умовами виховання)

Рівні задоволеності якістю життя	Із повних сімей (45 осіб)		Із неповних сімей (15 осіб)	
	п	%	п	%
Дуже високий				
Високий рівень	8	17,8%	2	13,3%
Середній рівень	13	28,9%	7	46,7%
Низький рівень	21	46,7%	4	26,7%
Дуже низький	3	6,7%	2	13,3%

Як бачимо, високі оцінки задоволеності життям мають 17,8% підлітків з повних сімей та 13,3% з неповних (не суттєва різниця). Середній рівень оцінок задоволеності життям виявлено у 28,9% підлітків з повних сімей і 46,7% учнів з неповних, а низький, навпаки – більш властивий для учнів з повних сімей (на 20%). Дуже низький рівень оцінки задоволеності життям встановлено у 6,7% учнів з повних сімей та 13,3% учнів з неповних сімей.

Тобто низька оцінка якості життя виявляється більшою мірою у підлітків з повних сімей, що може бути пов'язане не тільки із наявністю батьків, але й із їх змогою забезпечувати дітям належного рівня життя (фінансування, їжі, житла тощо).

Також ми проаналізувати рівні задоволеності якістю життя у підлітків з психосоматичними захворюваннями (табл. 2.8). За отриманими даними – дуже високого рівня задоволеності якістю життя не виявлено в жодній групі опитуваних.

Таблиця 2.8.

Рівні задоволеності якістю життя у підлітків з психосоматичними захворюваннями

Рівні задоволеності якістю життя	Підлітки із психосоматичними захворюваннями (18 осіб)		Підлітки без психосоматичних захворювань (42 особи)	
	п	%	п	%
Дуже високий	-	-	-	-
Високий рівень	-	-	10	23,8%
Середній рівень	6	33,3%	14	33,3%
Низький рівень	10	55,6%	15	35,7%
Дуже низький	2	11,1%	3	7,1%

Високий рівень задоволеності якістю життя встановлено у 23,8% респондентів без психосоматичних захворювань. Середній рівень якості життя мають 33,3% респондентів із психосоматикою і 33,3% опитаних без захворювань психосоматичного характеру. Водночас виразно більше опитаних із психосоматичними захворюваннями мають низький і дуже низький рівні, зокрема – низький рівень задоволеності якістю життя встановлено у 55,6% респондентів, а дуже низький – у 11,1%. А серед підлітків без психосоматичних захворювань – 35,7% мають низький рівень якості життя (що майже на 20% менше, ніж серед підлітків із психосоматичними захворюваннями), і на 4% менше опитаних із проявами дуже низької оцінки якості життя.

Отже, підлітки із психосоматичними захворюваннями відрізняються такими психологічними особливостями – переважно низьким (55,6%) і

середнім (33,3%) рівнями задоволеності якості життя, відсутністю високих оцінок якості життя (на противагу відповідей учнів без цих захворювань, де 23,8% мають високу оцінку якості життя).

Також підліткам із психосоматикою більш властивий низький (на 19,9%) та дуже низький рівень задоволеності якістю життя (на 4%). Відтак, цим підліткам більш властиві низькі і дуже низькі показники задоволеності якістю життя, ніж опитаним без психосоматичних захворювань.

Далі було використано «Методику експрес-діагностики невроту» К. Хека і Х. Хесса, за якою отримано такі результати щодо схильності підлітків до невротизації (рис. 2.8).

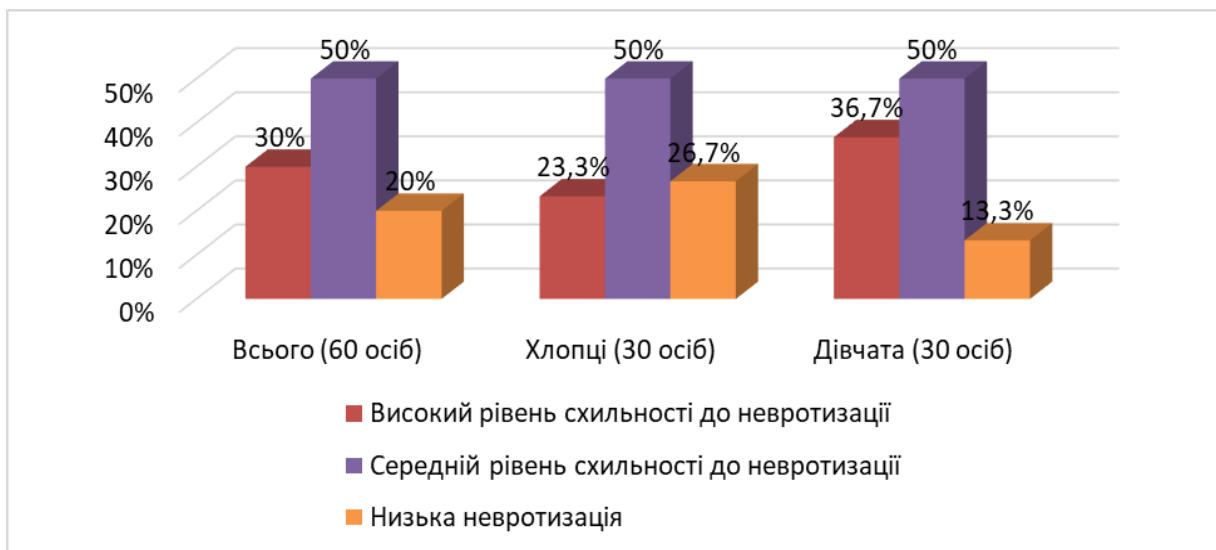


Рис. 2.8. Рівні невротизації підлітків (за методикою К. Хека і Х. Хесса)

Виявлена у третини підлітків (30%) висока невротизація вказує на їх негативний психоемоційний стан, що часто сполучається із підвищеною тривогою, схильністю до депресивних переживань, що можуть призвести до вегето-судинної дистонії, серцево-судинних розладів та ін. Саме тому із підлітками слід проводити психологічну корекційно-профілактичну роботу із запобігання і подолання психологічних симптомів психосоматичних захворювань у підлітків. Високий рівень схильності до невротизації мають 23,3% хлопців та значно більше дівчат (36,7%).

Середній рівень схильності до невротизації виявлено у половини опитаних – по 50% хлопців і дівчат. Ці респонденти мають ризик виникнення неврозів, у складних ситуаціях поведуться не адекватно, не відповідно, часто роздратовані, напружені, тривожні. Проте все ж здатні керувати своїми емоціями і поведінкою, опанувати себе, і вирішити виникаючі проблеми.

У решти опитуваних (20%) виявлено оптимальні показники відсутньої невротизації. Ці респонденти спокійні, впевнені в собі, здатні до наполегливої і серйозної роботи, вирішення нагальних питань. Вони відрізняються емоційною стійкістю, вибором конструктивних шляхів подолання проблем. Серед хлопців оптимальні показники низької невротизації мають 26,7%, а серед дівчат – тільки 13,3%.

Представимо результати опитування підлітків переселенців, ВПО і тих, хто не виїздили (табл. 2.9.).

Таблиця 2.9.

Рівні схильності до невротизації у підлітків (за місцем проживання)

Рівні схильності до невротизації	Переселенці (15 осіб)		ВПО (10 осіб)		Не виїздили (35 осіб)	
	п	%	п	%	п	%
Високий рівень схильності до невротизації	3	20%	2	20%	13	37,1%
Середній рівень схильності до невротизації.	7	46,7%	5	50%	18	51,4%
Низька невротизація	5	33,3%	3	30%	4	11,4%

Підлітки-переселенці за кордо мають переважно середній рівень невротизації (46,7%), ще третина відрізняється низькими показниками. І в 20% виявлено високу невротизацію. Серед підлітків-ВПО більшість так само мають середні прояви невротизації (50%), ще у третини встановлено низьку невротизацію (30%), і в 20% - високу. Тобто результати опитування підлітків, які є переселенцями та вимушено переміщеними особами, подібні. Однак у підлітків, які не виїздили, переважають середній та високий рівні невротизації (51,4% та 37,1%). А низька невротизація властива тільки для 11,4% підлітків, які не виїздили. Тобто учні з цієї підгрупи найбільше схильні

до невротизації, а високий рівень у них виявляється на 17,1% частіше, ніж у підлітків-переселенців та ВПО.

Також проаналізуємо результати опитування підлітків з повних і неповних сімей щодо проявів їх рівнів невротизації (табл. 2.10).

Таблиця 2.10.

Рівні схильності до невротизації у підлітків (за умовами виховання)

Рівні схильності до невротизації	Із повних сімей (45 осіб)		Із неповних сімей (15 осіб)	
	п	%	п	%
Високий рівень схильності до невротизації	13	28,9%	5	33,3%
Середній рівень схильності до невротизації.	14	31,1%	6	40%
Низька невротизація	20	44,4%	4	26,7%

Як бачимо, близько третини підлітків з повних і неповних сімей мають схильність до високої невротизації (28,9% та 33,3%). Середній рівень виявлено у 31,1% та 40% учнів відповідно, а низький, оптимальний прояв невротизації, більш властивий для підлітків з повних сімей (на 17,7%).

Отже, за проявами високого рівня невротизації виявлено подібні результати, а низький, оптимальний рівень більш притаманний для учнів із повних сімей.

Аналізуючи прояви невротизації у підлітків з психосоматичними захворюваннями і без цих захворювань, виявили, що високий ризик неврозу властивий для першої категорії респондентів (табл. 2.11).

Таблиця 2.11.

Рівні схильності до невротизації у підлітків з психосоматичними захворюваннями

Рівні схильності до невротизації	Підлітки із психосоматичними захворюваннями (18 осіб)		Підлітки без психосоматичних захворювань (42 особи)	
	п	%	п	%
Високий рівень схильності до невротизації	14	77,8%	4	9,5%
Середній рівень схильності до невротизації.	4	22,2%	26	61,9%
Низька невротизація			12	28,6%

У підлітків із психосоматичними захворюваннями переважає висока невротизація (77,8%), а в опитуваних без психосоматичних захворювань – середній рівень схильності до невротизації (61,9%) та низька невротизація (28,6%).

Відповідно до проаналізованих даних можемо помітити, що на психосоматичні захворювання підлітків впливають особливості їх нервової системи (недостатність стійкості до стресів, мала опірність організму до дії стресів). Крім того, висока емоційність підлітків значно перешкоджає адекватному реагуванню на вплив зовнішніх чинників, вони не здатні адекватно оцінити якість свого життя, схильні до невротичних переживань, до надмірної тривоги, не вміють регулювати власні емоції і свою поведінку, що є чинниками ризику у виникненні психосоматичних захворювань.

При цьому підлітки, які мають ризик невротизації (середній її рівень), також є високо тривожними, мають лабільний настрій, схильні до роздратування, а це також є передумовою виникнення у них психосоматичних захворювань, зокрема, таких як виразковий коліт, зміни артеріального тиску, вегето-судинна дистонія та ін. Саме тому до психологічної роботи з профілактики і подолання психосоматичних захворювань варто залучати всіх учнів, і з явними виявами схильності до невротизації, і з її середнім рівнем, що вказує на ризик виникнення неврозів, і без невротизації, що дасть змогу вчасно помітити її перші прояви та запобігти психосоматичним хворобам.

Використовуючи «Шкалу стресостійкості Коннора-Девідсона-10» (CD-RISC-10), виявили такі показники стресостійкості підлітків (рис. 2.9.). Серед опитаних підлітків 23,3% мають високий рівень стресостійкості, володіють адекватним сприйняттям стресових ситуацій, реагують на них та здатні успішно вирішувати проблеми конструктивним шляхом.

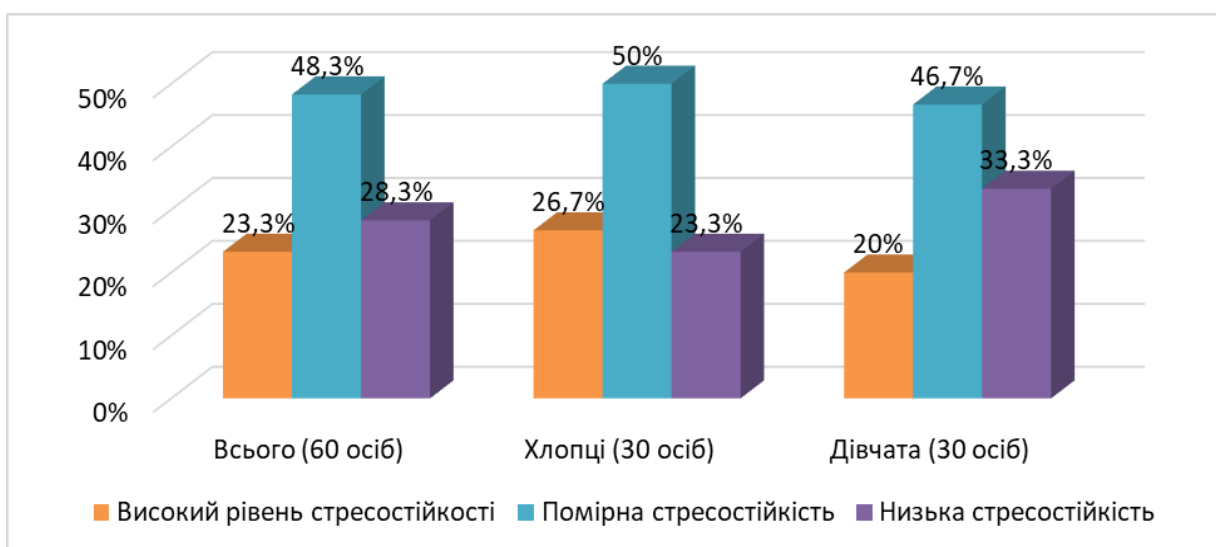


Рис. 2.9. Рівні стресостійкості у підлітків (за методикою Коннора-Девідсона)

Майже у половини респондентів (48,3%) встановлено помірну стресостійкість, це значить, що вони вміють розпізнавати дію стресу на організм та запобігати йому, однак у випадку великої кількості стресових ситуацій вони стають нездатними швидко долати проблеми, опускають руки перед труднощами.

У решти опитуваних виявлено низьку стресостійкість (28,3%), ці підлітки не вміють адекватно реагувати на стрес, не вирішують проблем, намагаються знати когось, хто розв'яже їх проблеми.

Серед хлопців 50% мають помірну стресостійкість, у 26,7% виявлено високі її показники, а решта 23,3% мають низьку опірність до стресів. А для дівчат більшість також мають середній рівень – помірну стресостійкість (46,7%), однак їм більш властиві низькі прояви стресостійкості (на 10%). Зокрема, третина опитаних дівчат мають низьку стресостійкість (33,3%), і тільки 20% відрізняються оптимальними високими її показниками.

Зважаючи на вказане, третина опитаних підлітків потребують психологічної роботи з підвищення їх рівня стресостійкості для запобігання виникнення психосоматичних захворювань.

Результати опитування підлітків-переселенців, ВПО та тих, хто не виїздив, представлено у табл. 2.13.

Таблиця 2.12.

Рівні стресостійкості у підлітків (за місцем проживання)

Рівні стресостійкості	Переселенці (15 осіб)		ВПО (10 осіб)		Не виїздили (35 осіб)	
	п	%	п	%	п	%
Високий рівень стресостійкості	7	46,7%	3	20%	4	11,4%
Помірна стресостійкість	5	33,3%	5	50%	19	54,3%
Низька стресостійкість	3	20%	2	20%	12	26,7%

У 20% переселенців за кордон низька стресостійкість, що негативно впливає на якість їх життя та продуктивність навчальної діяльності. Так само 20% ВПО мають низьку стресостійкість. І серед підлітків, які не виїздили, 26,7% мають низьку опірність стресам.

Середні прояви стресостійкості властиві переважно для ВПО (50%) та підлітків, які не виїздили (54,3%), і виявляється у третини переселенців за кордон (33,3%). Ці респонденти мають середній рівень її сформованості, що відповідає прояву «помірна стресостійкість».

Висока стресостійкість властива для 46,7% переселенців за кордон, 20% ВПО і тільки 11,4% підлітків, які не виїздили. Очевидно такі результати опитування підлітків пояснюються більш оптимальними умовами життя та відносно більш спокійним кліматом у переселенців за кордон (відсутність регулярних вимкнень світла, необхідність адаптуватися жити без опалення і води, з постійними перебоями з інтернетом тощо) та у внутрішньо переміщених осіб (більш безпечні регіони, які не потрапляють під щоденні обстріли).

Тобто велика частина підлітків мають низьку стресостійкість, гостро реагують на різні стресові ситуації, пов'язані з життям та організацією дистанційного навчання. Саме тому вважаємо доцільним провести з ними профілактично-корекційну роботу, яка допоможе підвищити стресостійкість,

вдосконалити емоційну стійкість до різних впливів оточуючого середовища та запобігти виникненню психосоматичних захворювань у підлітків.

У підлітків з повних і неповних сімей виявлено такі рівні стресостійкості (табл. 2.13).

Таблиця 2.13.

Рівні стресостійкості у підлітків (за умовами виховання)

Рівні стресостійкості	Із повних сімей (45 осіб)		Із неповних сімей (15 осіб)	
	п	%	п	%
Високий рівень стресостійкості	11	24,4%	3	20%
Помірна стресостійкість	22	48,9%	7	46,7%
Низька стресостійкість	12	26,7%	5	33,3%

Виходячи з результатів, зазначимо, що показники стресостійкості подібні у підлітків з обох груп, тож робимо висновок, що умови виховання не значно впливають на рівень стресостійкості підлітків у конкретний етап часу та їх розвитку. Значно більше на рівень стресостійкості впливають умови проживання та особистісні властивості, наявність чи відсутність супутніх психоемоційних станів та психосоматичних захворювань, які ослаблюють організм і не дають змоги швидко долати стреси.

Також встановили прояви стресостійкості у підлітків з психосоматичними захворюваннями та без цих захворювань (табл. 2.14).

Таблиця 2.14.

Рівні стресостійкості у підлітків з психосоматичними захворюваннями

Рівні стресостійкості	Підлітки із психосоматичними захворюваннями (18 осіб)		Підлітки без психосоматичних захворювань (42 особи)	
	п	%	п	%
Високий рівень стресостійкості			14	33,3%
Помірна стресостійкість	6	33,3%	23	54,8%
Низька стресостійкість	12	66,7%	5	11,9%

Серед підлітків із психосоматичними захворюваннями більшість мають низький рівень стресостійкості (66,7%). Цим підліткам властива не здатність приймати відповідальні рішення, додати внутрішні конфлікти, низька

опірність впливу стресу, що впливають на виникнення у них психосоматичних захворювань. У третини встановлено середні показники, тобто помірну стресостійкість (33,3%), однак у жодного із цих підлітків не виявлено високого рівня стресостійкості.

А серед підлітків без психосоматичних захворювань переважною є помірна стресостійкість (у 54,8%), ще у третини виявлено високу опірність дії стресів (33,3%), що є оптимальним показником. І решта 11,9% підлітків без психосоматичних захворювань мають низький рівень стресостійкості.

Тобто помітна закономірність – при наявності психосоматичних захворювань у підлітків переважає низька стресостійкість, а при їх відсутності – помірна і висока опірність до стресів. Відповідно до вказаного вважаємо вартим провести із опитаними підлітками психологічну роботу з підвищення їх стресостійкості, що стане запорукою профілактики виникнення у них психосоматичних захворювань.

Проаналізувавши психологічні особливості психосоматичних захворювань у підлітків, можемо сформулювати такі висновки:

1. Підліткам із психосоматичними захворюваннями властиві:
 - стабільно високий рівень тривоги (без змін) (55,6%) та підвищення тривоги, напруги, негативних переживань (44,4%) з початком війни;
 - низький і середній рівні оцінки якості життя (55,6% і 33,3%);
 - високий рівень невротизації (77,8%), переживань фрустрації, розчарування, не задоволеності своїм життям;
 - низька (неоптимальна) і середня (помірна) стресостійкість (66,7% і 33,3%).
2. Учням без психосоматичних захворювань характерні:
 - Зниження рівня тривоги, стабілізація психоемоційного стану (35,7%), Підвищення тривоги, напруги, негативних переживань (28,6%), переважно низький рівень тривоги та оптимальні показники емоційної стійкості (23,8%);
 - низький і середній рівні оцінки якості життя (35,7% і 33,3%), однак також у 23,8% виявлено високий рівень оцінки якості життя;

- середній рівень схильності до невротизації (61,9%), і ще в 28,6% виявлено низьку невротизацію, відсутність її симптомів;
- помірна (54,8%) та висока (оптимальна) стресостійкість (33,3%).

На вияв емоційних реакцій, тривожності, невротизації, стресостійкості впливають гендерні характеристики (дівчата більш чутливі і гостріше реагують на проблеми і стреси), а також умови проживання (переселенці за кордон і ВПО спокійніші, відрізняються більш оптимальними проявами невротизації і стресостійкості). За ознакою виховання у повній чи неповній сім'ї виразних відмінностей щодо прояву психосоматичних захворювань на психологічних чинників ризику, що провокують їх виникнення, виразних відмінностей не встановлено.

Загалом третина підлітків мають психосоматичні захворювання, відрізняються низькими оцінками якості життя, невротизацією, низькою стресостійкістю, що вказує на потребу проведення з цими учнями профілактично-корекційної роботи, спрямованої на стабілізацію їх психоемоційного стану, запобіганню виникненню чи загостренню психосоматичних захворювань, підвищенню стресостійкості та задоволеності якістю життя.

Висновки до розділу 2

Для практичного вивчення психологічних особливостей психосоматичних захворювань проведено емпіричне дослідження, використано такі психодіагностичні методики: «Схема А.М. Вейна для виявлення ознак вегетативних порушень»; «Шкала оцінки якості життя» (О.С. Чабан); «Методика експрес-діагностики неврозу» К. Хека і Х. Хесса; «Шкала стресостійкості Коннора-Девідсона-10» (CD-RISC-10). Вибірку опитуваних склали 60 підлітків (14-16 років), з них 30 хлопців та 30 дівчат.

За отриманими даними у групі підлітків виявлено 30% респондентів із психосоматичними захворюваннями, у них встановлено стійкі симптоми прояву психосоматики. У більшості респондентів не було виявлено

психосоматичних захворювань (70%), у них встановлено відсутність симптомів вегетативних порушень. Загалом до психосоматичних захворювань схильні як хлопці (33,3%), так і дівчата (26,7%).

З початком війни у третини опитаних підлітків виявлено підвищення тривоги, напруги, негативних переживань (33,3%). По 25% опитаних вказала на «стабільно високий рівень тривоги (без змін)» та «зниження рівня тривоги, стабілізацію психоемоційного стану». І тільки у 16,7% підлітків виявлено «переважно низький рівень тривоги та оптимальні показники емоційної стійкості». У 20% хлопців виявлено значне підвищення тривоги, а в 16,7% стабільно високий рівень тривоги за останні 1-2 місяці. А серед дівчат зростання тривоги мають 46,7% опитаних, ще третина вказали на стабільно високий її рівень (33,3%). Для 44,4% респондентів із наявними психосоматичними захворюваннями властиве підвищення тривоги, напруги, негативних переживань, і ще в 55,6% підлітків із цієї категорії мають стабільно високий рівень тривоги (без змін).

При цьому більшість опитаних підлітків мають низький і середній рівні оцінки якості життя (41,7% і 33,3% відповідно). Тільки у 16,7% опитаних виявлено високий рівень оцінки якості життя і відсутність розчарування, дратівливості, фрустрації з приводу оцінки свого життя. При цьому високий рівень задоволеності якістю життя встановлено у 23,8% респондентів без психосоматичних захворювань. Середній рівень якості життя мають 33,3% респондентів (однаково серед підлітків), але низький і дуже низький рівні виразно більше виявляється в опитаних із психосоматичними захворюваннями.

Також встановлено, що у третини підлітків (30%) висока невротизація. Середній рівень схильності до невротизації виявлено у половини опитаних – по 50% хлопців і дівчат. У решти (20%) виявлено оптимальні показники відсутньої невротизації. Високий рівень схильності до невротизації мають 23,3% хлопців та значно більше дівчат (36,7%). А серед хлопців оптимальні показники низької невротизації мають 26,7%, а серед дівчат – тільки 13,3%..

При цьому в підлітків із психосоматичними захворюваннями переважає висока невротизація (77,8%), а в опитуваних без психосоматичних захворювань – середній рівень схильності до невротизації (61,9%) та низька невротизація (28,6%).

Тільки 23,3% підлітків мають високий рівень стресостійкості, майже у половини респондентів (48,3%) встановлено помірну стресостійкість, а в решти – виявлено низьку стресостійкість (28,3%). При цьому близько половини хлопців та дівчат мають помірну стресостійкість. Високий її вияв властивий для 26,7% хлопців та 20% дівчат, а низька стресостійкість властива для 23,3% хлопців та 33,3% дівчат. Серед підлітків із психосоматичними захворюваннями більшість мають низький рівень стресостійкості (66,7%). А у підлітків без психосоматичних захворювань переважає помірна (у 54,8%), і висока стресостійкість (у 33,3%), що є оптимальним показником.

При аналізі результатів встановлено гендерні особливості психосоматичних захворювань у підлітків, зокрема, дівчата мають підвищену емоційність, мають нижчі оцінки якості життя, невротизацію, відрізняються нижчою стресостійкістю, ніж хлопці. Серед підлітків, які виїхали за кордон і є внутрішньо переміщеними особами, надмірно виразних відмінностей не виявлено, однак спостерігається помітне переважання позитивних характеристик психоемоційних станів (нижчої тривожності і невротизації, вищої оцінки якості життя і стресостійкості), ніж у підлітків, які не виїздили.

Під час вивчення психологічних особливостей прояву психосоматичних захворювань у підлітків помічаємо, що цим учням більш властиві: висока тривожність і схильність до невротизації, неоптимальні оцінки якості життя, низька стресостійкість. Зважаючи на це, при проведенні профілактично-корекційної роботи з підлітками варто приділити увагу оптимізації вказаних характеристик їх психологічного здоров'я та запобігти виникненню чи загостренню існуючих психосоматичних захворювань.

РОЗДІЛ 3

КОРЕКЦІЙНО-ПРОФІЛАКТИЧНА РОБОТА ІЗ ЗАПОБІГАННЯ ТА ПОДОЛАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПІДЛІТКІВ

3.1. Програма корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями

Виявивши потребу проведення профілактично-корекційної роботи з підлітками, які мають психосоматичні захворювання, обґрунтуємо методичні особливості організації цієї роботи та перейдемо до розроблення програми роботи психолога з цими респондентами.

На думку Н. Корякіної, у психосоматиці основним методом психологічного супроводу є психотерапія, яка повинна ґрунтуватися на таких принципах:

- загальне заспокоєння (боротьба з невротизацією пацієнта);
- корекція афективних розладів;
- побудова внутрішньої картини хвороби;
- навіювання віри в позитивний результат терапії;
- дотримання режиму;
- посилення захисних сил організму [20].

При психосоматичних захворюваннях перевага надається різним видам невербальної психотерапії (тілесно-орієнтована терапія, гештальт-терапія, трансова терапія та ін.). Психотерапія проводиться паралельно із лікарським лікуванням [20].

Ефективним засобом психотерапії і корекції симптомів, що призводять до психосоматичних захворювань у підлітків, на думку О. Масік, Л. Пипи, Ю. Лисиці, може бути «аутогенного тренування з подальшим катарсисом», що потенційно позитивно впливає на вегетативний гомеостаз, допомагає регулювати не тільки емоційні переживання, а й процеси в організмі [31, с. 392].

Крім того, як вказує І. Грицюк, лікування психосоматичних захворювань підлітків може включати не тільки медикаментозне та психотерапевтичне лікування, а й проведення психологічних консультацій з їх батьками. За її ствердженням, сімейна атмосфера відіграє визначальну роль у формування досвіду підлітка з вирішення різних стресових ситуацій та його здорового розвитку [6, с. 123]. Саме тому психотерапія повинна охоплювати не тільки психологічний супровід психосоматичних захворювань у підлітків, а й надання допомоги сім'ї з подолання її внутрішньосімейних конфліктів, проблемних відносин між батьками і дітьми.

Водночас важливо вказати, що для профілактики виникнення психосоматичних захворювань підліткам варто уникати перевтоми, батькам слід вчити дітей правильно розподіляти час на навчання, трудову діяльність та відпочинок, стежити за раціоном підлітків, збагачувати його достатньою кількістю вітамінів і мінералів, стимулювати до дотримання здорового способу життя. Крім того, як вказують Ю. Руднік, Є. Кушмирук, дуже важливим є балансування між веденням активного способу життя, та достатньою кількістю сну, де найбільш оптимальний варіант знаходиться у межах 6-8 годин, чого достатньо для повноцінного функціонування організму [50].

Для запобігання виникнення психосоматичних захворювань у підлітків батькам слід уважно стежити за їх емоційним станом, оскільки вони ще не мають сформованої емоційної стійкості та психіки. Дорослі мають розуміти, що емоції відіграють дуже важливу роль в житті, а оскільки тіло і психіка пов'язані, то проблеми в емоційній сфері можуть спровокувати виникнення розладів в тілесному здоров'ї. Саме тому батькам слід стежити й за своїми діями і вмінням емоційно реагувати адекватно до ситуації, надаючи підліткам кращий зразок для наслідування. Варто вчити підлітків розпізнавати та правильно долати негативні емоції, запобігати їх шкідливому впливу на здоров'я. Також варто налагодити довірливі взаємини між

батьками і підлітками, щоб у разі потреби вони могли розраховувати на дорослих, на підтримку батьків та їх допомогу, знали, що можуть звернутися і хоча б виговоритися, скинути напругу, бути почутими в колі сім'ї [50].

Для практичної роботи із респондентами дослідження нами розроблено **програму корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями.**

Її **метою** визначено: профілактика виникнення порушень психологічного здоров'я; зниження ризиків виникнення психосоматичних захворювань; запобігання формуванню та / або загостренню психосоматичних захворювань.

Завдання програми корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями:

- зниження тривожності, психоемоційної напруженості; навчання учасників технікам розслаблення, релаксації;
- зниження, подолання невротичних переживань, формування навичок позитивного мислення;
- навчання прийомів трансформації негативних установок на сприйняття світу на адаптивні переконання і погляди;
- формування позитивного самоствавлення і адекватної самооцінки, підвищення впевненості в собі, довіри до себе;
- навчання учасників аналізувати і враховувати наявні ресурси, сильні і слабкі сторони, власні здібності і можливості до досягнення успіху;
- підвищення обізнаності про стрес, його наслідки, ознаки впливу на організм та продуктивність діяльності, надати рекомендації для підвищення фізіологічної опірності до стресів;
- формування стресостійкості, здатності адекватно реагувати на стресові ситуації, використовувати адаптивні стратегії копінг-поведінки;
- розвиток комунікативних навичок, вміння встановлювати та підтримувати міжособистісні контакти з іншими людьми, пропонувати і отримувати соціальну підтримку від оточуючих.

- мотивування учасників до активного і діяльного підходу до побудови життєвих планів, їх впевненого втілення у поточній і майбутній діяльності.

Структурно програма корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями складається із 6 занять за такою тематикою: «Схильність до стресових станів як передумова психосоматичних захворювань»; «Що таке стресу і чим він небезпечний для здоров'я?»; «Мені в житті щастить»; «Саморегуляція та наявні ресурси у подоланні проблем»; «Адаптивна копінг-поведінка як чинник запобігання психосоматичним захворюванням»; «Прийоми самодопомоги на шляху до успіху».

При складанні занять ми скористалися напрацюваннями А. Гірник [4], Н. Грабчак [5], Л. Думи [48], Л. Лепіхової і Т. Титаренко [57], Л. Лозняк [25], Н. Павлик [37], Є. Теліус [55] та інших науковців і практиків, доповнивши власними розробками та ідеями.

Представимо основний зміст занять, відобразивши послідовність проведення вправ, технік, завдань впродовж кожного заняття (табл. 3.1.). Повні конспекти занять наведено у додатку Ж.

Таблиця 3.1.

Основний зміст занять програми корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями

Заняття, назва, мета	Структура заняття
Заняття 1. «Схильність до стресових станів як передумова психосоматичних захворювань» Мета: познайомити учасників з поняттям «стрес» і його ознаками, характеристиками впливу на стан здоров'я; ознайомити із способами боротьби зі стресом; ознайомити із технікою роботи з власною уявою, що допомагає подолати стрес; формувати навички саморегуляції; розвивати навички пошуку ресурсів; зняття напруження.	1. Привітання, налаштування на групову роботу Вправа-знайомство «Перетворення» Повідомлення тематики заняття 2. Основна частина, виконання основних вправ Прийняття правил групи Вправа-діагностування «Коридор» Вправа «Асоціації» Міні-лекція про стрес Арт-терапевтична вправа «Намалюй свій стрес» Вправа «Світлофор» Вправа «Обтруси» Вправа «Релаксація» Вправа «Способи боротьби зі стресом» Вправа «Сейф» 3. Підведення підсумків, рефлексія учасників Вправа на завершення «Мої емоції від заняття»

Продовж. табл. 3.1.

Заняття, назва, мета	Структура заняття
Заняття 2. «Що таке стрес і чим він небезпечний для здоров'я?» Мета: дати інформацію про стрес, його симптоми і стадії; формувати навички саморегуляції, релаксації, що допомагають долати стрес; формувати конструктивні стратегії боротьби із стресом; створювати безпечну сприятливу атмосферу в взаємодії учасників в групі.	1. Привітання, налаштування на групову роботу Вправа-загадка «Посмішка» Повідомлення теми заняття 2. Основна частина, виконання основних вправ Інформаційне повідомлення про стрес, про психосоматичні наслідки стресів Психологічний комплекс вправ для зняття стресу. Саморегуляція Вправа «Заохочення – знеохочення» Арт-терапевтична вправа «Намалюй свій стан після заняття» 3. Підведення підсумків, рефлексія учасників Вправа на завершення «Сьогодні я...»
Заняття 3. «Мені в житті щастить» Мета: дати інформацію про способи подолання стресу; ознайомити учасників із способами подолання наслідків стресу для здоров'я; формувати позитивне мислення; вчити трансформувати негативні установки щодо себе і життя на позитивні; розвивати самоаналіз ресурсів, сильних сторін учасників; активізувати відчуття довіри до особистості; підвищувати віру у власні сили; створювати позитивний емоційний настрій, сприятливу атмосферу спілкування в групі.	1. Привітання, налаштування на групову роботу Вправа-активізатор «Мені в житті щастить» 2. Основна частина, виконання основних вправ Вправа «Притча про щастя» Технологія «Гронування» на тему «Стресори» Вправа «Перевернутий бінокль» Вправа-регуляція дихання «Продихай стрес» Вправа «Проговорюй стрес» Вправа «Посмішка – найкращий спосіб протидіяти стресу» Психологічний комплекс вправ для зняття стресу. Релаксація Вправа «Стирання негативної інформації з пам'яті» 3. Підведення підсумків, рефлексія учасників Вправа на завершення «Відкритий мікрофон»
Заняття 4. «Саморегуляція та наявні ресурси у подоланні проблем» Мета: ознайомити учасників із інформацією про внутрішні та зовнішні ресурси; активізувати їх внутрішній потенціал для пошуку власних ресурсів з подолання стресу; формувати стресостійкість, розвивати вміння та навички стресостійкої поведінки; розвивати практичні вміння саморегуляції.	1. Привітання, налаштування на групову роботу Вправа «Книга» 2. Основна частина, виконання основних вправ Презентація «Я в променях сонця» Вправа «Бінго» Мозковий штурм «Які бувають ресурси?» Вправа «Внутрішні і зовнішні ресурси» Арт-терапевтична вправа «Намалюй способи подолання стресу» Вправа «Самопідтримка» 3. Підведення підсумків, рефлексія учасників Вправа-рефлексія

Продовж. табл. 3.1.

Заняття, назва, мета	Структура заняття
Заняття 5. «Адаптивна копінг-поведінка як чинник запобігання психосоматичним захворюванням» Мета: ознайомити із різними копінг-стратегіями поведінки у стресових ситуаціях; актуалізувати їх розуміння про вагомий роль емоцій та дій під час стресової ситуації; розвивати самосвідомість та самоаналіз учасників, надати можливість визначити свої сильні сторони; дати інформацію про важливість адекватного реагування на проблеми як чинника запобігання психосоматичним захворюванням; розвивати навички саморегуляції, вчити фізичній релаксації; вчити відновлювати власні резерви, шукати ресурси для активної діяльності.	1. Привітання, налаштування на групову роботу Вправа «Очікування» 2. Основна частина, виконання основних вправ Вправа «Спільна розповідь» Вправа «Стихія» Інформаційне повідомлення «Копінг-поведінка» Дискусія «Як моя поведінка у стресі призводить до психосоматичних захворювань?» Вправа «Мої сильні сторони» Вправа «Гора з плеч» Вправа-активізатор «Висока енергія» Психологічний комплекс вправ для формування стресостійкості. Аутотренування Вправа «Спільна розробка рекомендацій з подолання стресу» 3. Підведення підсумків, рефлексія учасників Вправа на завершення «Телеграма»
Заняття 6. «Прийоми самопомоги на шляху до успіху» Мета: ознайомити учасників з формулами стресу; знижувати рівень тривожності, невротичних переживань, напруженості у житті учасників; розвивати стресостійкість; формувати позитивне мислення; здатність трансформувати негативні установки на позитивні твердження; вчити користуватися прийомами самопомоги у стані стресу та при пошуку ресурсів з подолання проблем.	1. Привітання, налаштування на групову роботу 2. Основна частина, виконання основних вправ Вправа «Формула стресу» Рольова гра «Конверт життєвих ситуацій» Вправа-активізатор «Генератор енергії» Вправа «Скептики–оптимісти» Вправа «Доведи за мене справу до кінця!» Вправа «Соціальна підтримка – моя і мене» Вправа «Мої риси успіху в житті» Вправа «Ресурсні переконання» Вправа «Безпечне місце» Арт-терапевтична вправа «Намалюй свою мандалу» 3. Підведення підсумків, рефлексія учасників Вправа на завершення

Програма занять проваджувалася протягом двох місяців по 3 заняття в місяць за наявності вільного часу в навчальному графіку підлітків.

На першому занятті «Схильність до стресових станів як передумова психосоматичних захворювань» ми ознайомлювали учасників із поняттями стресу та його негативних наслідків для організму та психоемоційного стану, надали інформацію підліткам про способи боротьби зі стресом. Пропонували підліткам намалювати свій стрес, та вирішити, що з ним можна зробити, як подолати. За допомогою релаксації та вправи «Сейф» підлітки вчилися

знімати напруження в тілі, регулювати потік негативних думок щодо впливу негативних подій на їх життя та здоров'я.

Друге заняття «Що таке стрес і чим він небезпечний для здоров'я?» було присвячене аналізу впливу стресу та психосоматичне здоров'я, ми пропонували учасникам виконати комплекс вправ для зняття стресу, оволодіння навичками саморегуляції. Застосовуючи арт-терапевтичні методи, пропонували підліткам намалювати свій стан після заняття. Вважаємо, що завдяки застосуванню арт-терапевтичного методу на занятті вони розслабилися, відчули себе творцями свого настрою, змогли краще передати свій внутрішній стан на папері та додатково заспокоїтися, знизити напруженість та невротичні переживання.

На третьому занятті «Мені в житті щастить» приділяли увагу зміні негативних установок підлітків та їх песимістичного ставлення до життя на позитивні твердження, формували в учасників навички позитивного мислення. Зачитавши «притчу про щастя», запрошували підлітків до обговорення того, що кожен є творцем свого щастя, і для кожної людини щастя – це щось своє. Виконували разом із підлітками вправи на подолання стресу («продихай стрес», «проговори стрес»), комплекс вправ на заняття стресу та навчання навичок релаксації. Ефективною за висловленням учасників була вправа «Стирання негативної інформації з пам'яті». Підліткам сподобалося стирати негативні події та переживання через них великою гумкою, ніби й не було прикрощів, конфліктів з іншими, негарних вчинків і недобрих слів до старших. Стерши з пам'яті погані події та згадку про свої негативні реагування на них, підлітки вказували на значне полегшення, «звільнення від тягаря», зниження внутрішньої тривоги.

Четверте заняття «Саморегуляція та наявні ресурси у подоланні проблем» допомогло учасникам по-іншому поглянути на свої ресурси, сильні сторони, які можуть сприяти подоланню різних життєвих проблем і психосоматичних захворювань. Виконуючи вправи «Книга», «Я в променях сонця», підлітки вчилися визначати свої сильні сторони, а за допомогою

вправи «Внутрішні і зовнішні ресурси» вчилися аналізувати, до кого можна звернутися за підтримкою, а також – кому і яку підтримку здатний надати кожен учасник іншим.

П'яте заняття «Адаптивна копінг-поведінка як чинник запобігання психосоматичним захворюванням» включало в себе інформаційне повідомлення «Копінг-поведінка», а також організацію дискусії «Як моя поведінка у стресі призводить до психосоматичних захворювань?». Ми пропанували учасникам проаналізувати свою поведінку в стресі та усвідомити, що саме вони роблять неправильно, що воно відображається у тілі, у соматичному вияві. Також ми пропонували учасникам виконати психологічний комплекс вправ для формування стресостійкості, вправи-аутотренування, активізатор «Висока енергія», вправу на м'язове розслаблення «Гора з плеч» та ін. На звершення ми спільно із підлітками складали рекомендації для подолання стресу, як наче вони давали б поради своїм одноліткам.

Шосте заняття «Прийоми самодопомоги на шляху до успіху» було спрямоване на ознайомлення учасників із формулами дії стресу та способами його подолання, розвиток стресостійкості та трансформацію негативних установок на позитивні твердження. Учасники активно виконували завдання рольових ігор та вправ, особливо цінною відзначили «Доведи за мене справу до кінця», «Соціальна підтримка – моя і мене». Виконуючи вправу «Безпечне місце», підлітки уявляли себе там, де їм «тепло і затишно, немає ніяких хвилювань і тривог, спокійно і безпечно». Наприкінці заняття запропонували учасникам створити мандалу (арт-терапевтична вправа «Намалюй свою мандалу»), де вони могли намалювати «мандалу заспокоєння» чи навпаки – «мандалу активізації до дій з вирішення стресу», чи навіть «мандалу відновлення сил та енергії після стресу». Залучення до незвичних способів подолання стресу, відновлення після нього закріпили інтерес підлітків до самостійного продовження роботи із запобігання та подолання негативного впливу стресу та стан психосоматичного здоров'я.

Отже, до шляхів надання допомоги підліткам з психосоматичними захворюваннями відносяться – медикаментозне лікування та безпосередній вплив на психологічну причину виникнення розладів, а саме: психотерапія і корекція.

Для практичної роботи психолога із респондентами дослідження розроблено програму корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями. Її метою визначено: профілактику виникнення порушень психологічного здоров'я; зниження ризиків виникнення психосоматичних захворювань; запобігання формуванню та / або загостренню психосоматичних захворювань. Структурно програма корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями складається із 6 занять за такою тематикою: «Схильність до стресових станів як передумова психосоматичних захворювань»; «Що таке стрес і чим він небезпечний для здоров'я?»; «Мені в житті щастить»; «Саморегуляція та наявні ресурси у подоланні проблем»; «Адаптивна копінг-поведінка як чинник запобігання психосоматичним захворюванням»; «Прийоми самодопомоги на шляху до успіху».

Розроблену програму корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями було впроваджено із респондентами експериментальної групи, яких ми ознайомлювали із поняттями стресу, копінг-поведінки, вчили адекватно реагувати на проблемні ситуації, аналізували причини негативного впливу різних подій на стан здоров'я. Під час психологічної роботи з підлітками вчили їх розпізнавати власні негативні реакції на стрес, типові вияви роздратування, невротичних переживань та ін., вчили регулювати власну поведінку та емоції. Також пропонували учасникам малювати свій стрес, різні способи його подолання, залучали підлітків до аналізу власних ресурсів та сильних сторін, які допомагають досягати успіхів.

Після впровадження програми корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями перевірили її ефективність

шляхом повторного опитування респондентів експериментальної та контрольної груп та порівняння отриманих результатів.

3.2. Аналіз ефективності корекційно-профілактичної роботи з підлітками щодо запобігання і подолання психосоматичних захворювань

Перевіримо ефективність проведеної роботи за розробленою і впровадженою програмою корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями.

Використовуючи «Схему А.М. Вейна для виявлення ознак вегетативних порушень», отримано такі результати (табл. 3.1).

Таблиця 3.1.

Прояви симптомів психосоматичних захворювань у підлітків ЕГ і КГ

Симптоми	ЕГ (30 осіб)				КГ (30 осіб)			
	До		Після		До		Після	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Наявність симптомів психосоматичних захворювань	9	30%	4	13,3%	9	30%	8	26,7%
Відсутність симптомів психосоматичних захворювань	21	70%	26	86,7%	21	70%	22	73,3%

В КГ зміни незначні, на 3,3% стало більше підлітків, які не мають симптомів психосоматичних захворювань, на стільки ж зменшилася їх частка із наявними психосоматичними захворюваннями. А в ЕГ на 16,7% стало менше респондентів, які мали психосоматичні захворювання. Це вказує на ефективність впливу психологічної профілактично-корекційної роботи на зниження вияву їх психосоматичних захворювань, на зняття напруження, невротичних переживань, тривожності та інших симптомів, які супроводжували порушення соматичного захворювання у цих підлітків.

Представимо наочно отримані результати опитування респондентів експериментальної групи, з якими проводили психологічну профілактично-корекційну роботу (рис. 3.1.).

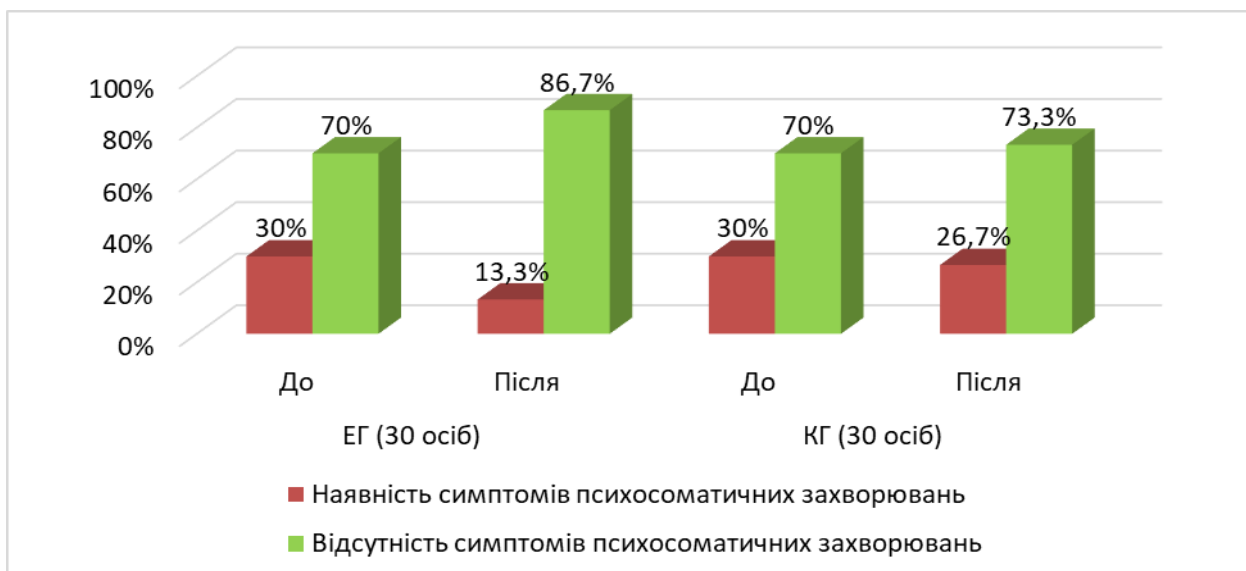


Рис. 3.1. Прояви симптомів психосоматичних захворювань у підлітків ЕГ і КГ

За отриманими результатами дослідження підтверджено ефективність впровадженої профілактично-корекційної роботи з підлітками, які мали психосоматичні захворювання. В ЕГ на 16,7% стало менше респондентів із явними виявами симптомів психосоматичних захворювань.

Застосовуючи при опитуванні методику «Шкала оцінки якості життя» (О. Чабан), отримано такі результати оцінки якості життя серед підлітків ЕГ і КГ (табл. 3.2.). В КГ на 6,7% стало більше підлітків із високим рівнем, і на 3,4% із середнім рівнем оцінки якості життя, на 10% стало менше осіб із низьким рівнем. Кількість учнів із дуже низьким рівнем залишилася на попередньому рівні. Загалом більшість опитаних КГ мають середній і низький (36,7% і 30%), та високий (26,7%) рівні оцінки якості життя. Наявність третини учнів з низьким рівнем оцінки якості життя може пояснюватися поточним станом війни в країні, низьким рівнем задоволення базових потреб підлітків у прийнятті, любові, взаєминах з іншими, доступі до освіти, до живого спілкування з друзями, забезпечення їх матеріальних потреб і бажань тощо.

Таблиця 3.2.

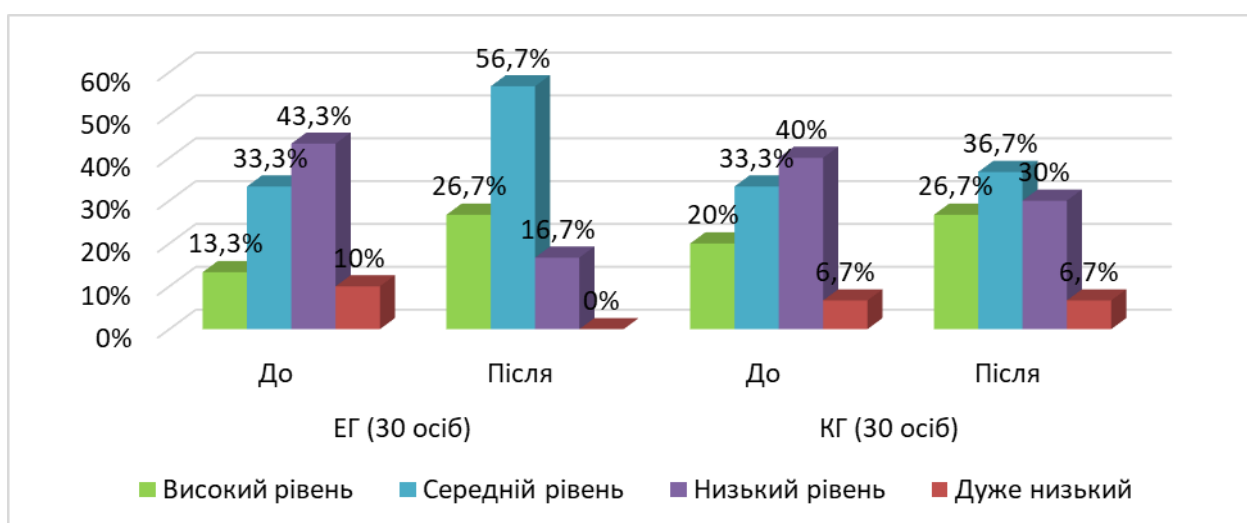
Рівні задоволеності якістю життя у підлітків ЕГ і КГ

Рівні задоволеності якістю життя	ЕГ (30 осіб)				КГ (30 осіб)			
	До		Після		До		Після	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Дуже високий	-	-	-	-	-	-	-	-
Високий рівень	4	13,3%	8	26,7%	6	20%	8	26,7%
Середній рівень	10	33,3%	17	56,7%	10	33,3%	11	36,7%
Низький рівень	13	43,3%	5	16,7%	12	40%	9	30%
Дуже низький	3	10%	-	-	2	6,7%	2	6,7%

В ЕГ на 13,3% стало більше підлітків з високим рівнем задоволення якістю життя, на 23,4% стало більше учнів із середнім рівнем оцінки якості життя. На 26,6% стало менше учнів із низьким рівнем, і зникли опитувані, які мали дуже низький рівень (було 10%).

Очевидно, що підлітки із психосоматичними захворюваннями під час психологічної роботи змогли переосмислити власні підходи до оцінювання якості життя, по-іншому поглянули на свій стан здоров'я, забезпечення базових потреб та ін. При цьому внаслідок зменшення їх внутрішнього напруження та тривожності, оптимізації внутрішнього психоемоційного стану у них стали частіше виявлятися відчуття психологічного благополуччя та емоційного комфорту, що вказує на покращення їх самопочуття.

Представимо наочно отримані результати опитування підлітків ЕГ за методикою О. Чабана (рис. 3.2.).

**Рис. 3.2. Рівні задоволеності якістю життя у підлітків ЕГ і КГ**

Відповідно до отриманих результатів дослідження підтверджено ефективність впровадженої профілактично-корекційної роботи з підлітками, які мали психосоматичні захворювання.

Повторно застосовуючи «Методику експрес-діагностики невроту» К. Хека і Х. Хесса, отримано такі дані (табл. 3.3.).

Таблиця 3.3.

Рівні схильності до невротизації у підлітків ЕГ і КГ

Рівні схильності до невротизації	ЕГ (30 осіб)				КГ (30 осіб)			
	До		Після		До		Після	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Високий рівень схильності до невротизації	9	30%	4	13,3%	9	30%	8	26,7%
Середній рівень схильності до невротизації	16	53,3%	12	40%	14	46,7%	13	43,3%
Низька невротизація	5	16,7%	14	46,7%	7	23,3%	9	30%

В КГ зміни незначні, але позитивні – на 3,3% стало менше осіб з високим рівнем схильності до невротизації, на 3,3% стало менше опитаних, які мають середній рівень схильності до невротизації, і ще на 6,7% стало більше підлітків, в яких виявлено оптимальну низьку невротизацію.

В ЕГ на 16,7% стало менше осіб з високою схильністю до невротизації, на 13,3% зменшилася кількість осіб із середнім рівнем схильності до невротизації. І на 30% стало більше осіб з низькою невротизацією. Тобто завдяки проведеній психологічній роботі в ЕГ стало значно менше підлітків із психосоматичними захворюваннями, які мали високий рівень невротизації.

Представимо наочно отримані результати опитування підлітків ЕГ щодо позитивної динаміки зі зниження їх невротизації (рис. 3.3.).

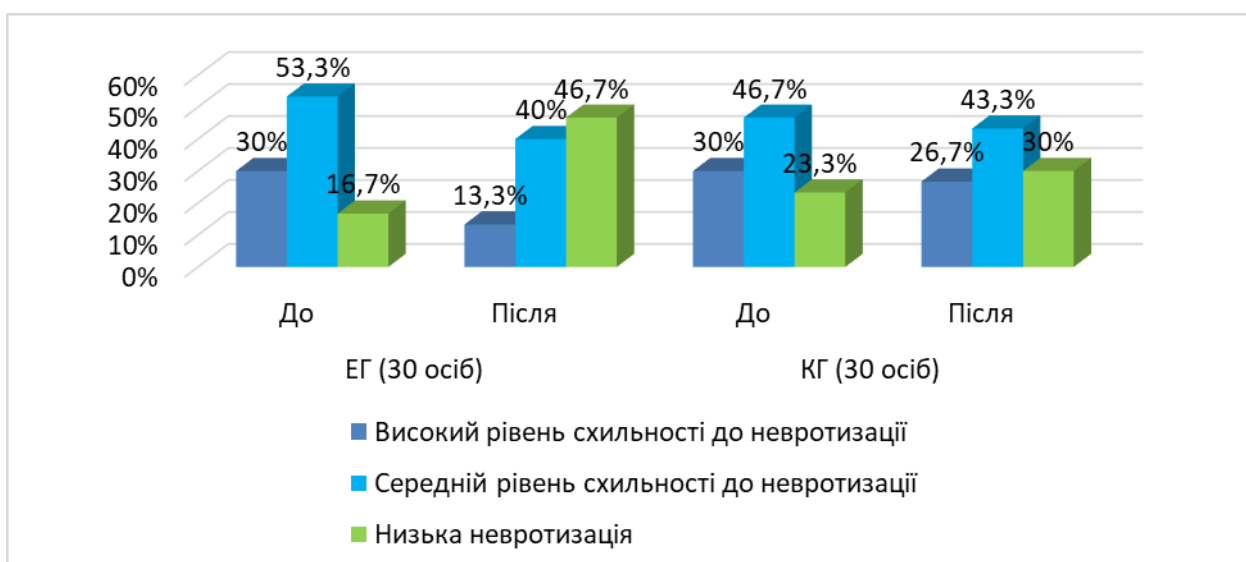


Рис. 3.3. Рівні схильності до невротизації у підлітків ЕГ

Порівняно невелике збільшення учнів з оптимальним низьким рівнем невротизації (на 30%) пояснюється складністю і тривалістю роботи зі зниження невротизації підлітків, а також умовами війни, які кожного дня завдають шкоди психіці зростаючих особистостей, викликаючи все нові проблем. Під тиском негативного впливу війни на психічний стан у підлітків загострюються психоемоційні переживання, однак проведення з ними вчасної психологічної профілактично-корекційної роботи може допомогти подолати невротизацію, оптимізувати їх психічний та фізичний стан здоров'я.

За методикою «Шкала стресостійкості Коннора-Девідсона» виявлено такі зміни у розвитку стресостійкості респондентів ЕГ і КГ (табл. 3.4.). В КГ більшість підлітків мають помірну стресостійкість (53,3%, що на 6,6% більше, ніж при першому опитуванні). У третини виявлено високий, оптимальний рівень стресостійкості (26,7%, без змін). І на 6,7% стало менше осіб із низькою стресостійкістю, що можемо віднести до позитивних змін у розвитку стресостійкості підлітків КГ.

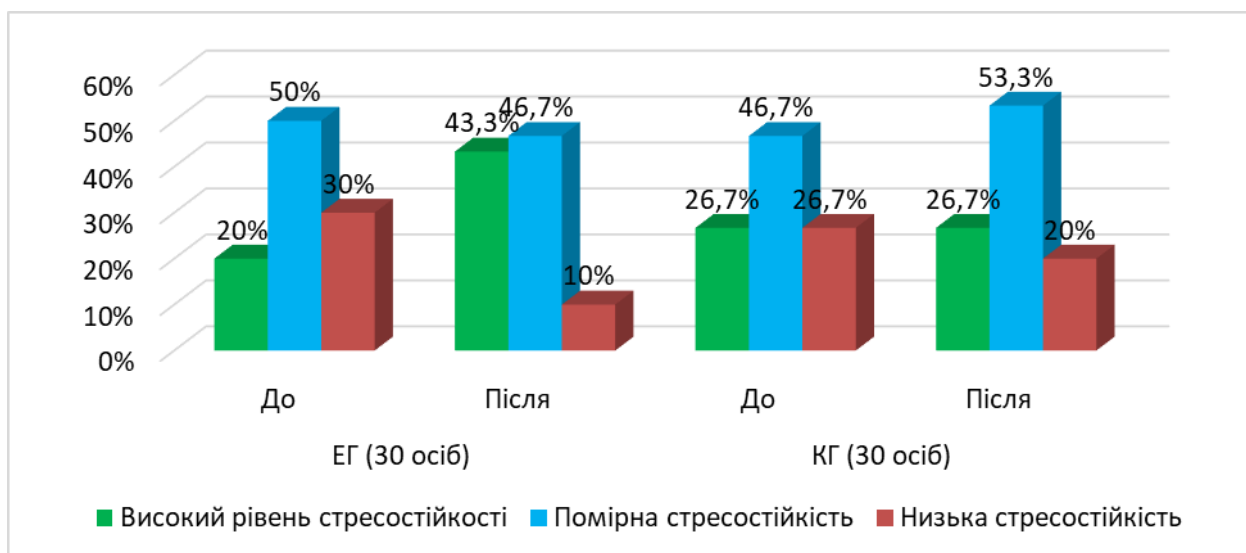
Таблиця 3.4.

Рівні стресостійкості у підлітків ЕГ і КГ

Рівні стресостійкості	ЕГ (30 осіб)				КГ (30 осіб)			
	До		Після		До		Після	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Високий рівень стресостійкості	6	20%	13	43,3%	8	26,7%	8	26,7%
Помірна стресостійкість	15	50%	14	46,7%	14	46,7%	16	53,3%
Низька стресостійкість	9	30%	3	10%	8	26,7%	6	20%

В ЕГ на 23,3% стало більше респондентів з оптимальним високим рівнем стресостійкості, на 3,3% стало менше учнів із помірною стресостійкістю. І на 20% стало менше підлітків, які мали низьку стресостійкість, вразливість до стресів. Тобто завдяки участі в програмі профілактично-корекційної роботи підлітки навчилися адекватно реагувати на стрес, вчасно розпізнавати його негативний вплив на організм та долати його.

Представимо наочно результати опитування підлітків ЕГ за методикою Коннора-Девідсона (рис. 3.4.).

**Рис. 3.4. Рівні стресостійкості у підлітків ЕГ і КГ**

Отже, завдяки підвищенню кількості підлітків з оптимальним високим рівнем стресостійкості на 23,3% підтверджуємо ефективність впливу профілактично-корекційної роботи з підлітками, що сприяла оптимізації їх психоемоційного стану та підвищенню стресостійкості, вплинула на

зменшення симптомів психосоматичних захворювань у цих респондентів. Крім того, вважаємо доцільним продовжувати психологічну роботу з підлітками, щоб досягти стійкого ефекту в розвитку стресостійкості, оскільки найбільш стресова ситуація, яка провокує психосоматичні захворювання у більшості українського населення – на жаль, не вирішується. Живучи в стані постійного напруження через війну, підлітки, які вже мають психосоматичні захворювання, потребують підвищеної уваги та психологічної допомоги з розвитку стресостійкості, формування навичок адекватного реагування на різні складні ситуації, оволодіння способами саморегуляції емоцій та поведінки, що допоможе успішно долати проблеми.

Відповідно до отриманих результатів дослідження підтверджено ефективність впровадженої профілактично-корекційної роботи з підлітками, які мали психосоматичні захворювання.

Висновки до розділу 3

При виникненні підозри на психосоматичне захворювання у підлітків, батьки часто звертаються до лікарів, і рідко до психологів, однак лікування цих розладів найбільш ефективне при поєднанні медикаментозного та психотерапевтичного впливу. Вказано на доцільність використання засобів тілесно-орієнтованої, трансової і гештальт-терапії, поєднання психотерапевтичної роботи з проведенням сімейних консультацій для налагодження внутрішньосімейної атмосфери у родині для гармонізації відносин між всіма її членами для досягнення вищих результатів психологічного супроводу психосоматичних розладів у підлітків.

Для роботи з підлітками розроблено програму корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями. Її метою визначено: профілактика виникнення порушень психологічного здоров'я; зниження ризиків виникнення психосоматичних захворювань; запобігання формуванню та / або загостренню психосоматичних захворювань. Структурно програма включає 6 занять, які було впроваджено

із підлітками експериментальної групи, частина з яких мала психосоматичні захворювання. Під час проведення цієї роботи ми використали інформаційні повідомлення, мозкові штурми, вправи-асоціації, гронування, арт-терапевтичні вправи (малювання стресу та способів його подолання, малювання мандал для заспокоєння, для пошуку внутрішніх ресурсів та ін.), дискусії, рольові ігри, вправи-самоаналізи і рефлексії, мотивуючі техніки, релаксації та ін.

Після впровадження програми корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями було проведено контрольне опитування підлітків та виявлено, що в КГ змін майже не відбулося, стало більше респондентів із відсутністю психосоматичних захворювань (на 3,3%), високою оцінкою якості життя (на 6,7%), низькою невротизацією (на 6,7%) та виявами помірної стресостійкості (на 6,6%). Тобто загалом у цій групі більшість підлітків мають оптимальні показники психоемоційного стану та реакцій у різних стресових ситуаціях, відзначають високі оцінки якості життя і здоров'я.

В ЕГ після проведення програми корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями отримано позитивні зміни, зокрема на 16,7% стало менше респондентів, які мали психосоматичні захворювання, на 13,3% і на 23,4% стало більше підлітків з високим і середнім рівнями задоволення якістю життя. Також в ЕГ на 30% стало більше осіб з низькою невротизацією, на 16,7% стало менше осіб з високим рівнем схильності до невротизації. І в ЕГ на 23,3% стало більше респондентів з оптимальним високим рівнем стресостійкості, на 20% зменшилася кількість учнів із низькою стресостійкістю.

Відповідно до отриманих позитивних змін підтверджено високу ефективність розробленої і впровадженої програми корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями.

ВИСНОВКИ

На основі теоретичного і практичного аналізу проблеми корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями зроблено такі висновки:

1. Теоретично проаналізовано поняття і структуру психосоматичних захворювань у науково-психологічній, клінічній, спеціальній літературі. Психосоматичними називаються захворювання, що виникають внаслідок негативного впливу певної специфіки емоційного реагування людини на стрес-чинники, гостру чи хронічну психотравму, що відображається на функціонуванні різних систем чи органів тіла. Основними ознаками психосоматичних захворювань є: хронічний перебіг; вплив стресу на їх виникнення і перебіг; сформованість певних емоційно-вольових якостей та індивідуально-психологічних властивостей людини, які вказують на її емоційну вразливість до стресів та невміння їх вирішувати.

Психосоматичними можна назвати велику кількість захворювань, серед яких виділяються: гострі психосоматичні реакції; соматоформні розлади; психосоматози «класичної сімки». Найпоширенішими соматопсихічними синдромами, що вказують на психологічну природу виникнення захворювання, є: вегетативний, невротичний або астено-невротичний, тривожний, депресивний.

Початкові симптоми виникнення психосоматичного захворювання включають: емоційну напругу, стан хронічної тривожності; преневротичні ознаки (порушення сну, безсоння, страшні сни, нав'язливі думки); вегетодистонічні прояви; соматичні вияви (субфебрильна температура, нудота).

2. Розглянуто чинники виникнення психосоматичних проблем, психологічні симптоми та прояви психосоматичних проблем у підлітковому віці. Чинники виникнення психосоматичних проблем охоплюють: біологічні, соціальні та психологічні. Біологічні чинники психосоматичних захворювань — це спадково-конституційні фактори (особливості ЦНС та

особистісно-акцентуаційні особливості); органічні, що вказують на соматичну ослабленість та піддатливість організму захворюванням. При розгляді соціальних чинників виникнення психосоматичних розладів вказано, що важливими є сімейні чинники, які включають вплив батьківського ставлення, стилю виховання, повної чи неповної сім'ї та ін.

Психологічними чинниками психосоматичних захворювань є: вплив стресу; фрустраційні переживання; значне емоційне напруження; низька стресостійкість; розвиток ендогенної прихованої депресії. Психосоматичні захворювання також можуть виникати внаслідок: вродженої або набутої схильності людини до соматичних захворювань; спадкової схильності до психосоматичних захворювань; індивідуальних особливостей – тривожності, невротичності, слабкої опірності до стресів; впливу несприятливих сімейних і соціальних чинників складних особливостей психотравмуючих подій.

Типовими психосоматичними захворюваннями підлітків є тривожно-фобічний, тривожно-депресивний, астено-невротичний синдроми. Передумовою формування тілесних порушень у підлітків є вияв негативних емоцій, їх лабільність від позитивних до вкрай негативних. Переважними проявами симптомів психосоматичних захворювань підлітків є афективні, тривожно-фобічні, астеничні розлади, депресії. Також підліткам властиві розлади роботи нервової системи, що провокують порушення в різних системах (дихальної, серцево-судинної, травної). Часто підлітки мають вегето-судинну дистонію, серцево-судинні захворювання, що поєднуються із труднощами дихання (бронхіальна астма, задишка), нейродерміти, виразковий коліт та ін. До симптомів психосоматичних захворювань у підлітків відносяться: порушення апетиту, зміни в харчовій поведінці, алергічні висипи, шкірний свербіж, порушення сну (безсоння або навпаки сонливість), підвищена пітливість, порушення ритму серця, задишка, підвищення або зниження артеріального тиску, тривала субфебрильна температура, труднощі мовлення, заїкання. Підлітки із психосоматичними розладами часто невпевнені в собі, тривожні, напружені, їм властиві

труднощі адаптації у соціумі, проблеми встановлення міжособистісних контактів.

3. Емпірично досліджено психологічні особливості проявів психосоматичних захворювань у підлітків. В процесі проведення опитування підлітків (60 осіб) використано такі психодіагностичні методики: «Схема А. Вейна для виявлення ознак вегетативних порушень»; «Шкала оцінки якості життя» (О. Чабан); «Методика експрес-діагностики невроту» К. Хека і Х. Хесса; «Шкала стресостійкості Коннора-Девідсона».

За отриманими даними 30% підлітків мають психосоматичні захворювання, у них встановлено стійкі симптоми прояву психосоматики. У 70% підлітків не було виявлено психосоматичних захворювань, у них відсутні симптоми вегетативних порушень. До психосоматичних захворювань схильні як хлопці (33,3%), так і дівчата (26,7%).

З початком війни у третини опитаних підлітків виявлено підвищення тривоги, напруги, негативних переживань (33,3%). Ще 25% опитаних вказали на «стабільно високий рівень тривоги (без змін)», тільки у 25% встановлено «зниження рівня тривоги, стабілізацію психоемоційного стану».

Оцінюючи якість свого життя, більшість підлітків мають низький і середній рівні оцінки (41,7% і 33,3%). Тільки 16,7% опитаних дають високу оцінку якості життя, не відчують фрустрації і дратівливості, розчарування щодо оцінки свого життя. Високий рівень задоволеності якістю життя встановлено у 23,8% респондентів без психосоматичних захворювань, а серед учнів з психосоматичними захворюваннями він не виявлений. Середній рівень якості життя мають по 33,3% респондентів обох груп. Однак низький і дуже низький рівні частіше виявляються в учнів із психосоматичними захворюваннями.

У третини підлітків висока невротизація (30%), половина мають середню схильність до невротизації (по 50% хлопців і дівчат). У 20% – оптимальні показники відсутньої невротизації. Високу схильність до невротизації мають 23,3% хлопців та 36,7% дівчат. А серед хлопців

оптимальні показники низької невротизації мають 26,7%, а серед дівчат – тільки 13,3%. При цьому в підлітків із психосоматичними захворюваннями переважає висока невротизація (77,8%), а в опитуваних без психосоматичних захворювань – середній рівень схильності до невротизації (61,9%) та низька невротизація (28,6%).

Тільки 23,3% підлітків мають високий рівень стресостійкості, майже у половини респондентів (48,3%) встановлено помірну стресостійкість, а в 28,3% – низьку. Більшість хлопців та дівчат мають помірну стресостійкість, високий її вияв трохи більш властивий для хлопців (на 6,7%), а низька – на 10% більш властива для дівчат. Більшість учнів із психосоматичними захворюваннями мають низький рівень стресостійкості (66,7%). А у підлітків без психосоматичних захворювань переважає помірна (у 54,8%), і висока стресостійкість (у 33,3%), що є оптимальним показником.

При аналізі результатів встановлено гендерні особливості психосоматичних захворювань у підлітків, зокрема, дівчата мають підвищену емоційність, мають нижчі оцінки якості життя, невротизацію, відрізняються нижчою стресостійкістю, ніж хлопці. Серед підлітків, які виїхали за кордон і є внутрішньо переміщеними особами, надмірно виразних відмінностей не виявлено, однак спостерігається помітне переважання позитивних характеристик психоемоційних станів (нижчої тривожності і невротизації, вищої оцінки якості життя і стресостійкості), ніж у підлітків, які не виїздили.

Відповідно до отриманих результатів підлітки із психосоматичними захворюваннями відрізняються високою тривожністю, високою схильністю до невротизації, неоптимальними оцінками якості життя, низькими проявами стресостійкості. Зважаючи на це, при проведенні профілактично-корекційної роботи з ними варто приділити увагу оптимізації вказаних характеристик їх психологічного здоров'я та запобігти виникненню чи загостренню існуючих психосоматичних захворювань.

4. Розроблено та апробовано програму корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями.

Програма корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями має на меті: профілактику виникнення порушень психологічного здоров'я; зниження ризиків виникнення психосоматичних захворювань; запобігання формуванню та / або загостренню психосоматичних захворювань. Структурно програма корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями складається із 6 занять за такою тематикою: «Схильність до стресових станів як передумова психосоматичних захворювань»; «Що таке стрес і чим він небезпечний для здоров'я?»; «Мені в житті щастить»; «Саморегуляція та наявні ресурси у подоланні проблем»; «Адаптивна копінг-поведінка як чинник запобігання психосоматичним захворюванням»; «Прийоми самодопомоги на шляху до успіху».

Під час контрольного опитування респондентів зміни у відповідях КГ були незначні і свідчили про позитивне зростання кількості учнів із відсутніми симптомами психосоматичних захворювань, високою стресостійкістю, низькою невротизацією та ін. В ЕГ встановлено позитивні зміни: на 16,7% стало менше респондентів, які мали психосоматичні захворювання. Також в ЕГ на 13,3% стало більше підлітків з високим рівнем задоволення якістю життя, на 23,4% стало більше підлітків із середнім рівнем задоволення якістю життя. Також в ЕГ на 30% стало більше осіб з низькою невротизацією, на 16,7% стало менше осіб з високим рівнем схильності до невротизації. І в ЕГ на 23,3% стало більше респондентів з оптимальним високим рівнем стресостійкості, на 20% зменшилася кількість учнів із низькою стресостійкістю.

За отриманими результатами підтверджено високу ефективність проведеної програми корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями. Рекомендуємо розроблену та апробовану програму до використання у роботі практичних психологів з підлітками, які мають ризик виникнення та / або загострення психосоматичних захворювань.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адаптація та валідація україномовної версії шкали стресостійкості Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10): Апробація у хворих на анкілозівний спондиліт / Н. В. Школіна, І. І. Шаповал, І. В. Орлова, І. О. Кедик, М. А. Станіславчук. *Український ревматологічний журнал*. 2020. № 80 (2). С. 66-72.
2. Валідація «Шкали оцінки якості життя» / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, В. Г. Безшейко, О. В. Москаленко. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25. Вип. 1. С. 159-160.
3. Гаврилькевич В. К. Структура психологічного захисту в дорослих з ішемічною хворобою серця. *Практична психологія та соціальна робота: науково-практичний та освітньо-методичний журнал*. Київ : «Социс-прес», 2013. № 9. С. 13–18.
4. Гірник А. Перша психологічна допомога: посібник для працівників на місцях. К.: Університетське видавництво Пульсари, 2017. 64 с.
5. Грабчак Н. М. Стрес як ресурс. Вінниця, 2019. 68 с.
6. Грицюк І. М. Психосоматичні прояви психологічних порушень у дітей, що пережили психотравмуючу ситуацію. *Наука і освіта*. 2016. №2-3. С. 121–124.
7. Демецька О. Аспекти діагностики та лікування психосоматичної патології. *Здоров'я України*. 2021. Вип. 4. С. 53.
8. Дідковська Л. І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії : навч. посіб. для вищ. навч. закл. Львів: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2010. 264 с.
9. Дрозд І. Психосоматичні розлади в клініці внутрішніх хвороб. *Медичний вісник: Рівненський обласний науково-практичний тижневик*. 2010. № 12. URL: <http://medvisnyk.org.ua/content/view/2066/29/>. (дата звертання: 10.10.2023).

10. Дуб О. В., Сингаївська І. В. Проблема підліткової наркоманії. *Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку: тези доповідей III Міжнародної конференції* (Київ, 02 грудня 2021 р.). Київ: Університет «КРОК», 2021.
11. Замашкіна О. Д. Педагогіка сімейного виховання : навч. посібник. Ізмаїл: РВВ ІДГУ, 2016. 400 с.
12. Зіміна І. О., Сингаївська І. В. Класифікація соціально-психологічних чинників, що впливають на здоров'я людей з надмірною вагою. *Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку: тези доповідей II Міжнар. конф.* (Київ, 20 листопада 2020 р.). Київ: Університет «КРОК», 2020. С. 155-158.
13. Ільїна Ю. Ю. Вплив родинної атмосфери на виникнення стресу. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2013. Вип. 14. Ч. II. С. 110-116.
14. Ключко К. Плекання психічного здоров'я підлітків в умовах дистанційного навчання шляхом технік когнітивно-поведінкової терапії. *Соціально-психологічні аспекти розвитку суб'єктів освітнього процесу : матеріали II Всеукр. наук.-пр. форуму «Соціально-психологічні аспекти розвитку особистісно-професійної компетентності педагога в умовах інноваційних змін»* (7-12 грудня 2020 р., м. Суми). Суми : НВВ КЗ СОППО, 2020. С. 93-97.
15. Комісар М. О., Сингаївська І. В. Дослідження лідерських якостей підлітків у футбольних командах. *Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку: тези доповідей III Міжнародної конференції* (Київ, 02 грудня 2021 р.). Київ: Університет «КРОК», 2021.
16. Компанович М. С. Психологічний портрет пацієнтів-підлітків із вегето-судинною дистонією. *Габітус*. 2020. Вип. 20. С. 106-111.

17. Компанович М. С. Ретроспективний аналіз досліджень емоційних переживань як складової психосоматичних захворювань. *Психологічне консультування і психотерапія*. 2017. Т. 1. Вип. 8. С. 51-59.
18. Компанович М. С. Специфіка проведення психодіагностики в клініці (на прикладі дослідження емоційних переживань у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями). *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія» : збірник наукових праць*. Острог : Вид-во НаУОА, квітень 2018. № 6. С. 84-89.
19. Корнацький В. М. Хвороби системи кровообігу і психічне здоров'я. Київ : Інститут кардіології, 2009. 176 с.
20. Корякіна Н. Психосоматика в нашому житті. *Персонал: Журнал інтелектуальної еліти*. 2019. URL: <http://www.personal.pp.ua/rubrics/psixologiya-dlya-vsex/psixosomatika-v-nashomu-zhitt>. (дата звертання: 10.10.2023).
21. Коцюба В. А., Сингаївська І. В. Принципи психосоматичної корекції. *Актуальні питання сучасної науки та практики: матеріали Науково-практичної конференції* (15 листопада 2018 року, м. Київ) Київ: Університет «КРОК», 2018. С. 516-519.
22. Кришталь В. В. Психосоматична патологія: генез і підходи до корекції. *Міжнародний медичний журнал*. 2001. № 1. С. 37-40.
23. Кусень М. Тривожність як чинник психосоматичних порушень в старшому підлітковому віці. URL: <http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/11143/1/10Kusen.pdf>. (дата звертання: 10.10.2023).
24. Лагергейм Б., Гіллберг К. Ситуації в сім'ях, де виховується дитина з порушеннями різних функцій. URL: <https://uchebnikfree.com/knigi-sotsialnaya-psihologiya/lagerheym-gillberg-lagerheim-gillberg-42503.html>. (дата звертання: 10.10.2023).
25. Лозняк Л. В. Практичне заняття з елементами тренінгу «Профілактика та подолання стресових ситуацій». URL:

<https://naurok.com.ua/praktichne-zanyattya-z-elementami-treningu-profilaktika-ta-podolannya-stresovih-situaciy-91664.html>. (дата звертання: 10.10.2023).

26. Лук'янюк Т. Г., Сингаївська І. В. Психологічні особливості людей з хронічними інфекційними хворобами. *Актуальні питання сучасної науки та практики: матеріали Науково-практичної конференції* (15 листопада 2018 року, м. Київ) К.: Університет «КРОК», 2018. С. 528-530.

27. Марценківський І. А., Бікшаєва Я. Б. Клініко-динамічні особливості соматоформних розладів у підлітків з функціональними порушеннями серцево-судинної системи. *Архів психіатрії*. 2004. № 4 (39). С. 62-69.

28. Масік О. І. Клінічні особливості та лікування психічних розладів у підлітків з соматичними захворюваннями: автореф. дис. канд. пед. наук. Вінниця, 2019. 20 с.

29. Масік О. І. Комплексний підхід до ранньої діагностики психічних розладів у підлітків із соматичними захворюваннями. *Український неврологічний журнал*. 2020. № 4. URL: <http://ukrneuroj.com.ua/article/view/UNJ2020-4-43>. (дата звертання: 10.10.2023).

30. Масік О. І. Особливості темпераменту підлітків з психосоматичними розладами. *Biomedical and Biosocial Anthropology*. 2016. №27. С. 77-81.

31. Масік О. І., Пипа Л. В., Лисиця Ю. М. Особливості клінічної картини психосоматичних розладів у підлітків. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2016. №2 (Т. 20). С. 390-393.

32. Маценко Л. М. Педагогіка сімейного виховання : підручник. Вид. 3-тє, доп., перероб. Київ : ЦП «Компринт», 2019. 376 с.

33. Михайлов Б. В. Особливості станів і психічної сфери пацієнтів з кардіологічною патологією. *Вісник психіатрії та психофармакології*. 2005. №1. С. 104-107.

34. Михайлов Б. В. Психосоматичні розлади як загальносоматична проблема. *Лікар*. 2002. № 6. С. 9-13.
35. Ніколаєнко В. Проблеми психічного здоров'я дітей: сучасні підходи до діагностики та лікування. *Журнал «Український медичний часопис»*. 2018. URL: <https://ipag-kiev.org.ua/problems-psiichnogo-zdorov-ya-ditej-suchasni-pidhodi-do-diagnostiki-ta-likuvannya/>. (дата звертання: 10.10.2023).
36. Основи загальної і медичної психології : підр. / за ред. І. С. Вітенка, О. С. Чабана. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 344 с.
37. Павлик Н. М. Розвиток вольових рис характеру в обдарованих старшокласників. *Освіта та розвиток обдарованої особистості : Педагогічний та психологічний досвід*. 2014. № 2 (21). С. 39-44.
38. Перетятко Л. Г., Тесленко М. М. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. *Психологія і особистість*. 2017. № 2 (12). С. 137-147.
39. Петрюк П. Т., Якущенко І. А. Психосоматичні розлади: питання дефініції та класифікації. *Вісник Асоціації психіатрів України*. 2003. № 3-4. С. 133-140.
40. Пипа Л. В., Лисиця Ю. М., Свістільник Р. В. Соматоформні (психосоматичні) розлади у дітей. *Актуальність проблеми в сучасній педіатричній практиці (Ч. I). Сучасна педіатрія: наук-практ. журн*. Вінниця, 2015. Вип. 2(66). С. 123-127.
41. Пипа Л. В., Пілюйко Н. В., Філик А. В. Динаміка загально-адаптивних реакцій організму та показників крові у дітей із рецидивуючими бронхітами в умовах санаторно-курортної реабілітації. *Дитячий лікар*. 2014. № 7 (36). С. 1-5.
42. Проноза К. В. Особливості психокорекції психосоматичних хворих середнього віку. URL: <http://mp2.umo.edu.ua/wp-content/uploads/2012/04Pronoza.pdf>. (дата звертання: 10.10.2023).

43. Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря / В. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Креггер, К. Ледерах-Гофманн. Київ: Вид-во «АДЕФ- Україна», 1997. 328 с.
44. Ревуцька І. В. Аналіз експериментального дослідження психосоматичних виявів у дітей дошкільного віку. *Науковий вісник ХДУ Серія Психологічні науки*. 2018. Т. 2 № 2. С. 78-84.
45. Римша С. В., Смолко Н. М. Соматоформні розлади в кризові періоди життя. *Мистецтво лікування*. 2008. № 4 (50). С. 57-59.
46. Римша С. В., Смолко Н. М., Смолко Д. Г. Клініко-фізіологічні основи психосоматичних співвідношень в дитячому віці. *Biomedical and Biosocial Anthropology*. 2010. № 15. С. 104-108.
47. Римша С. В., Теклюк С. В., Лук'янович І. Л. Психовегетативні складові тривожності у дітей із психосоматичними розладами та сімейною депривацією. *Український вісник психоневрології*. 2012. Т. 20, Вип. 4 (73). С. 71-73.
48. Розвиток життєвих навичок. Навчально-методичний посібник для роботи зі старшокласниками і випускниками інтернатних закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування / Л. Дума, Р. Краплич, К. Сіллевіс [та ін.]; за заг. ред. І. Зверєвої. Київ: ФОП Шарко, 2011. 160 с.
49. Руденко І. М. Вплив розлучення батьків на життєдіяльність дитини молодшого шкільного віку: а втореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія. Київ, 2009. 20 с.
50. Руднік Ю. В., Кушмирук Є. С. Симптоми психосоматичних розладів у дітей та підлітків. URL: <https://e-journals.npu.edu.ua/index.php/on/article/download/868/868/3201>. (дата звертання: 10.10.2023).
51. Савенкова І. І. Хронопсихологічне прогнозування перебігу захворювань у психосоматичних хворих: монографія. Київ: Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2014. 320 с.

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.

53. Степанов Ю. М., Кононов І. М. Психосоматичні розлади у хворих гастроентерологічного профілю та їх медикаментозна корекція. URL: <http://health-ua.com/article/18411-psihosomatichn-rozladi-u-hvorih-gastroenterologchnogo-proflyu-ta-h-medikame>. (дата звертання: 10.10.2023).

54. Схема А.М. Вейна для виявлення ознак вегетативних порушень. *Формалізована оцінка стану хворого за допомогою шкал при основних внутрішніх хворобах* / В. І. Кривенко, С. П. Пахомова, О. П. Федорова, М. Ю. Колесник, І. С. Качан та ін. Запоріжжя, 2015. С. 80.

55. Теліус Є. А. Профілактика стресових станів під час підготовки до ЗНО (Заняття з елементами тренінгу). URL: <https://infourok.ru/zanyattya-z-elementami-treningu-profilaktika-stresovih-standiv-pid-chas-pidgotovki-do-zno-1289051.html>.

56. Теорії та концепції психосоматичних захворювань / М. Ю. Коломоєць, Н. Д. Павлюкович, В. М. Ходоровський, Є. П. Ткач. *Буковинський медичний вісник*. 2008. Т. 12, № 1. С. 141-144.

57. Титаренко Т. М., Лєпіхова Л. А. Психологічна профілактика стресових перевантажень серед шкільної молоді: Наук.-метод. пос. Київ : Міленіум, 2006. 204 с.

58. Титаренко Т. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

59. Федорець С. Б. Вплив порнографії на психосексуальний розвиток підлітків. *Вчені записки Університету «КРОК»*, 2023. № 1 (69). С. 245-252.

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

61. Хаустова О. О. Метаболічний синдром Х (психосоматичний аспект). Київ: Медкнига, 2009. 125 с.
62. Хаустова О. О. Нейрометаболична терапія психосоматичних розладів. *Ліки України*. 2009. Вип. 5 (131). С. 53-59.
63. Хаустова О. О. Психосоматичні розлади в практиці сімейного лікаря. *Ліки України*. 2005. № 9. С. 15-18.
64. Хохліна І. В., Сингаївська І. В. Психологічні особливості самооцінки дітей підліткового віку. *Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку: тези доповідей II Міжнар. конф.* (Київ, 20 листопада 2020 р.). Київ: Університет «КРОК», 2020. С. 90-92.
65. Чабан О. С., Кутько І. І., Хаустова О. О. Психосоматичні розлади. *Сімейна медицина*. 2009. № 1. С. 15-18.
66. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування): посібник. Київ: ДСГ Лтд, 2004. 96 с.
67. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматичні розлади: нові аспекти розуміння, діагностики та лікування. *Нова медицина*. 2004. № 5. С. 26-30.
68. Чабан О. С., Хаустова О. О., Жабенко О. Ю. Ситуаційна соціокультурна тривога: сучасні провокації та їх психосоматичні розв'язання. *Нейро News*. 2010. № 4. С. 10-15.
69. Шевченко С.І. Захворювання шкіри: психосоматичний аспект. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2013. Вип. 19. С. 191-198.
70. Шелег Л. С. Психологічне забезпечення профілактики психосоматичних розладів працівників органів внутрішніх справ: наук.-практ. посібник. Київ: НАВС, 2015. 131 с.
71. Шмаргун В. М. Проблема дизонтогенезу у віковій психології. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. праць*. 2007. Вип. 2 (4). С. 229-239.

72. Язвінська О. С. Методи інтегративної тілесно-орієнтованої психотерапії в роботі с фрустрацією та рівнем домагань. *Наука і освіта*. 2007. № 6-7. С. 46-49.

73. Ajit Bhide and Kaustav Chakraborty General Principles for Psychotherapeutic Interventions in Children and Adolescents. *Indian Psychiatry*. 2020. 62(Suppl 2). S. 299-318.

74. Among the swedish generation of adolescents who experience an increased trend of psychosomatic symptoms. Do they develop depression and/or anxiety disorders as they grow older? / F. Giannotta, K. W. Nilsson, C. Åslund & P. Larm. *BMC Psychiatry*. 2022. Volume 22. Pp. 779-845.

75. Analysis of Psychosomatic Disorders According to Age and Sex in a Rural Area: A Population-Based Study / E. Torrubia-Pérez, S. Reverté-Villarroya, J. Fernández-Sáez, and M.-A. Martorell-Poveda. *J. Pers. Med.* 2022. № 12(10) URL: <https://doi.org/10.3390/jpm12101730>. <https://www.mdpi.com/2075-4426/12/10/1730>. (дата звертання: 10.10.2023).

76. Baceviciene M., Jankauskiene R. & Emeljanovas A. Self-perception of physical activity and fitness is related to lower psychosomatic health symptoms in adolescents with unhealthy lifestyles. *BMC Public Health*. 2019. Vol. 19. Article number: 980. URL: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7311-2>. (дата звертання: 10.10.2023).

77. Ballard PJ, Hoyt LT, Pachucki MC. Impacts of adolescent and young adult civic engagement on health and socioeconomic status in adulthood. *Child Dev*. 2019. Vol. 90. Pp. 1138-54.

78. Bentley N, Hartley S, Bucci S. Systematic review of self-report measures of general mental health and wellbeing in adolescent mental health. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2019. Vol. 22. Pp. 225-52.

79. Brooks, S.J.; Feldman, I.; Schiöth, H.B. & Titova, O.E. Important gender differences in psychosomatic and school-related complaints in relation to adolescent weight status. *Scientific Reports*. 2021. Vol. 11. Article number: 14147.

80. Brooks, S.J.; Titova, O.E.; Ashworth, E.L.; Bylund, S.B.A.; Feldman, I.; Schiöth, H.B. Self-Reported Psychosomatic Complaints and Conduct Problems in Swedish Adolescents. *Children*. 2022. Vol. 9 (7). Pp. 963.
81. Burbach D. J., Kashani J. H., & Rosenberg T. K. Parental bonding and depressive disorders in adolescents. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*. 2009. № 30(3). Pp. 417-429.
82. Farren GL, Zhang T, Gu X, Thomas KT. Sedentary behavior and physical activity predicting depressive symptoms in adolescents beyond attributes of health-related physical fitness. *JSHS*. 2018. Vol. 7(4). Pp. 489-96.
83. Fava G. A., Cosci F., Sonino N. Current Psychosomatic Practice. *Psychother Psychosom*. 2016. № 86 (1). Pp. 13-30.
84. Feher PV, Annar D, Zsakai A, Bodzsar E. The association of psychosomatic health with physical status and lifestyle factors in adolescence. *Anthropol Anz*. 2018. Vol. 75(4). Pp. 279-90.
85. Feldmann C.T., Bensing J.M. Worries are the mother of many diseases: general practitioners and refugees in the Netherlands on stress, being ill and prejudice. *Patient Educ. Couns*. 2007. V. 65 (3). P. 369-380.
86. Gindidis S, Stewart S, Roodenburg J. A systematic scoping review of adolescent mental health treatment using mobile apps. *Adv Ment Health*. 2019. Vol. 17. Pp. 161-77.
87. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization, 2017. 152 p.
88. Grassi L., Mangelli L., Fava G.A. et al. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestions for DSM-V. *J. Affect. Disord*. 2007. V. 101 (1-3). P. 251-254.
89. Gray N, Klein JD. Mental health and non-communicable diseases: a narrative review. *Pediatr Med*. 2022. № 5. P. 6. URL: <https://pm.amegroups.org/article/view/6106/html>. (дата звертання: 10.10.2023).

90. Hagquist Curt Worry and Psychosomatic Problems Among Adolescents in Sweden in the Wake of the COVID-19 Pandemic: Unequal Patterns Among Sociodemographic Groups?. *Journal of Adolescent Health*. 2023. Volume 72. Issue 5. Pp. 688-695.

91. Heinz A., Catunda C., van Duin C., Willems H. Suicide prevention: Using the number of health complaints as an indirect alternative for screening suicidal adolescents. *J Affect Disord*. 2020. № 6. Pp. 260.

92. Huang Yi Adolescents' Psychosomatic Symptoms and Family Affluence in the Czech Republic: Based on National Evidence . *Current Research in Public Health*. 2023. № 1. URL: <https://www.scipublications.com/journal/index.php/crph/article/view/590>. (дата звертання: 10.10.2023).

93. Ilhamova D. Methods of psycho-correction and psycho-prophylactic work with children, patients with psychosomatic diseases. *European Journal of Research and Reflection in Educational Sciences. Progressive Academic Publishing*. UK (UZBEKISTAN). 2018. Vol. 6 No. 4. P. 13-19.

94. Important gender differences in psychosomatic and school-related complaints in relation to adolescent weight status / Samantha J. Brooks, Inna Feldman, Helgi B. Schiöth & Olga E. Titova. *Scientific Reports*. 2021. Volume 11. URL: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-93761-0>.

95. Kaltiala-Heino R, Bergman H, Työläjärvi M, et al. Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther*. 2018. Vol. 9. Pp. 31-41.

96. Kern MR, Duinhof EL, Walsh SD, et al. Intersectionality and adolescent mental well-being: a cross-nationally comparative analysis of the interplay between immigration background, socioeconomic status and gender. *J Adolesc Health*. 2020. Vol. 66. S. 12-20.

97. Kim Y., Hagquist C. Trends in adolescent mental health during economic upturns and downturns: A multilevel analysis of Swedish data 1988-2008. *J Epidemiol Community Health*. 2018. № 72. Pp. 101-108.

98. Kovalenko, I., Oros, O., Chorna, I., Borodina, O., Zamashkina, O., & Bybyk, D. Training Future Social Workers for Preventive-Corrective Work by Methods of Neuropsychology and Neurocorrection of Deviant Adolescent Behaviour. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2022. № 13(2). Pp. 211-244.
99. Lebedets, I., Nikonova, V., Tolmachova, S., Matkovskaya, T., Kukuruza, G., Tsybulik, S., Kostenko, T., Dinnik, V., Kashkalda, D., Mayorov, O., & Galatiuk, A. Features of health and principles of preventing psychosomatic and psychological disorders in schoolchildren from the zone of military conflict. *CHILD'S HEALTH*. 2021. Vol. 13(8). Pp. 729-735.
100. Malizia N. The Psychological Trauma in Children and Adolescents: Scientific and Sociological Profiles. *Sociology Mind*. 2017. Vol. 7. Pp. 11-25.
101. Mozhova G. P., Stavytska S. O., Stavytskyi G. A., Khanetskaya T. I. Peculiarities of diagnostics and identification of psychosomatic pathology in children and adolescents. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія «Психологія»*. 2022. Т. 33 (72) № 3. Pp. 119-126.
102. Nagata JM. New findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey: social media, social determinants, and mental health. *J Adolesc Health*. 2020. Vol. 66. S. 1-2.
103. Pylypenko, N., Liasch, O., Chorna, I., Kompanovych, M., Levina, N., & Chystovska, Y. Neuropsychological Correction Technologies of Psychosomatic Disorders and Diseases. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2022. Vol. 13(2). Pp. 113-129.
104. Rozina I. Special features of designing a correction program for adolescents who have signs of psychosomatic disorders. *Europejskie studia humanistyczne: Państwo i Społeczeństwo*. 2020. Issue 3(II). P. 19-38.
105. Sellers R, Warne N, Pickles A, et al. Cross - cohort change in adolescent outcomes for children with mental health problems. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019. Vol. 60. Pp. 813-21.

106. Vaiciunas T, Šmigelskas K. The role of school-related well-being for adolescent subjective health complaints. *Int J Environ Res Public Health*. 2019. Vol. 16(9). P. 1577. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph16091577>. (дата звертання: 10.10.2023).

107. Williams K., Jean Lund T., Liang B., DeSilva Mousseau A., Spencer R. Associations between Stress, Psychosomatic Complaints, and Parental Criticism among Affluent Adolescent Girls. *Child Fam Stud*. 2018. Vol. 27. Pp. 1384–1393.

108. Zheng K, Abraham C, Bruzzese JM, et al. Longitudinal relationships between depression and chronic illness in adolescents: an integrative review. *J Pediatr Health Care*. 2020. Vol. 34. Pp. 333-45.

Всього джерел – 108

Джерел за останні п'ять років – 52

Джерел зарубіжних авторів за останні п'ять років – 25 (73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 84, 86, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 102, 105, 106, 107, 108).

Джерел українських авторів за останні п'ять років – 27 (1, 4, 5, 7, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 26, 28, 29, 32, 35, 44, 52, 58, 59, 64, 98, 99, 101, 103, 104)

ДОДАТКИ

Додаток А

Класифікація психосоматичних розладів (Т. Старк та Р. Блум)

Психосоматичні розлади	Їх пояснення
- конверсійні (дисоціативні) розлади:	сукупність рухових, сенсорних і вегетативних істеричних симптомів (потьмарення свідомості, амнезія та ін.). Такі розлади характеризуються наявністю клінічних ознак, відсутністю будь-якого фізичного або неврологічного порушення, з яким могли б бути пов'язані виявлені симптоми та наявністю психогенної обумовленості у формі чіткого зв'язку за часом зі стресовими подіями або порушеними взаєминами;
- больовий синдром:	больові відчуття, що тривають понад нормального періоду загосення (не менше 3-6 міс.). За відсутності хвороби та пошкоджень (причину болю не вдалося встановити) пацієнтові ставиться діагноз – синдром хронічного болю. Він характеризується низькою ефективністю медикаментозного лікування та можливістю впливу лише психологічними чинниками, які беруть участь в механізмах розвитку даного синдрому. Ознаками синдрому також є: біль відзначається тривалий час (місяці, роки), але не є прогресуючим; біль розцінюється пацієнтом як дуже сильний; зменшення або повна відсутність болю під час сну й посилення його вранці та вдень; наявність психосоціальних чинників у виникненні основних симптомів;
- соматизацію:	форма психологічного захисту хворої особи, яка трансформує власне психічне напруження у фізичний дискомфорт (нездужання або захворювання, інші хворобливі зміни стану тіла). Такий захист проявляється в підвищеній увазі до свого самопочуття й здоров'я, що визначає стосунки з оточуючими (настрій, працездатність, товариськість тощо);
- іпохондрію:	психогенні ознаки цього стану особи виявляються в постійному неспокої з приводу можливості захворіти однією або декількома хворобами, скаргах або заклопотаності своїм фізичним здоров'ям, припущеннях, що окрім основного захворювання існує якесь приховане;
- симуляцію:	штучно продюкований розлад здоров'я, удавання, зображення події або стану здоров'я шляхом відтворення окремих симптомів. Симуляцією також є патологічні самовідчуття, які особа неусвідомлено провокує сама й які найчастіше є проявом психічного захворювання.

Додаток Б

П'ять типів станів, що відображають різну структуру психосоматичних співвідношень

1. Соматизовані психічні реакції – соматоформні розлади, що формуються внаслідок емоційно-психосоматичної патології в рамках утворень невротичного або індивідуально-конституціонального реєстрів (невротичні розлади, невропатії й особистісні розлади).
2. Психогенно-особистісні реакції (нозогенії), що виникають у зв'язку із соматичним захворюванням (останнє виступає як психотравмуюча подія, як чинник суб'єктивно мимовільний, незалежний від волі, що істотно впливає на якість життя хворого), – вторинні невротичні розлади гострого і затяжного типів.
3. Органні чи системні соматичні ураження психосоматичного характеру, що виникають у відповідь на вплив соціально-психогенних, особистісно- і біоконституційних чинників (у формі «відповіді» органа чи системи-мішені) – locus minoris resistentia.
4. Реакції екзогенного типу (соматогенії), що розвиваються внаслідок нейротоксичного ефекту соматичного захворювання у вигляді неврозоподібної чи психотичної органічної симптоматики.
5. Соматопсихічна коморбідність – відносно незалежний паралельний перебіг соматичного захворювання і патології психічної сфери.

Додаток В**Інтегративні психосоматичні теорії виникнення захворювань**

Науковець	Підхід	Основні положення
Р.П. Ліberman	Особливості психосоматичних родин	Психосоматична родина як ригідна система, де існування хвороби запобігає конфронтації з внутрішньородинними міжособистісними конфліктами
Г. Шефер	Системний підхід – соціопсихосоматика	Вплив середовища, міжособистісних конфліктів та фрустрацій через «мову тіла» на самореалізацію особистості
Д.Н. Оудсхоорн	Інтегративний підхід	Шість рівнів: середовище, родина, «Я», психодинаміка, особистість, тіло
Х. Вайнер	Інтегративна модель здоров'я, хвороби та хворобливого стану	Здоров'я, хвороба та хворобливий стан створюють єдиний континуум, місце знаходження людини в якому визначається впливом низки факторів
Т. Ікскюль, В. Везіак	Біопсихосоціальна модель	Хвороби готовності як результат взаємодії людина та середовища (динамічна цілісність)
В. Вайцеккер	Медична антропологія	Психосоматичні захворювання як результат патологічного пристосування
А.Б. Холмогорова	Діатез-стресова модель	Біологічна уразливість стає хворобою тільки за умови впливу стресорів

Додаток Д

Анкета для встановлення соціально-демографічних характеристик вибірки

Добрий день.

Дайте відповіді на такі питання.

1. Ваша стать:

- чоловіча

- жіноча

2. Ваш вік:

- 14-15 років

- 15-16 років

3. Умови проживання, зміни в умовах проживання з початку війни:

- не виїздив (-ла), знаходжуся вдома, на своєму місці проживання (у своєму будинку, квартирі)

- виїхав (-ла) разом із сім'єю, маємо статус «внутрішньо переміщених осіб», проживаємо в іншому регіоні України (винаймаємо житло / живемо у родичів)

- переселенець за кордон, виїхав (-ла) з сім'єю, проживаю в соціальному гуртожитку / орендованому житлі

4. Особливості навчання:

- дистанційна / змішана форма навчання (переважно онлайн, з рідкими офлайн уроками у школі)

- дистанційно на території України, ВПО

- дистанційна форма навчання, онлайн-формат, перебуваю з сім'єю за кордоном;

5. Особливості сімейного виховання:

- повна сім'я, присутні обоє батьків

- не повна сім'я, виховує тільки мама / тато

6. Як Ви вважаєте, який емоційний стан у Вас переважає протягом останніх місяця-двох, чи змінився він з початком війни чи інших складних, хвилюючих подій, які трапилися нещодавно (якщо такі були):

- став (-ла) частіше тривожитися, зросла напруга і негативні переживання

- рівень тривоги залишився стабільно високим, як і був до цього

- став (-ла) спокійніший (-ою), оскільки вдалося приборкати тривогу, напруження, депресивні думки, отримав (-ла) підтримку від друзів

Своя відповідь: _____.

Дякуємо за участь в опитуванні!

Додаток Е

Результати констатувального етапу дослідження

Таблиця 1

Рівні тривоги у підлітків з початком війни та зміни за останні 1-2 місяці
 (опитувані відповідали, як вважали – обирали відрізок часу за власним відчуттям)

Зміни у психоемоційному стані опитуваних з початком війни	Всього (60 осіб)		Хлопці (30 осіб)		Дівчата (30 осіб)		Переселенці (15 осіб)		ВПО (10 осіб)		Не виїздили (35 осіб)		Із повних сімей (45 осіб)		Із неповних сімей (15 осіб)	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Підвищення тривоги, напруги, негативних переживань	20	33,3 %	6	20%	14	46,7 %	-	-	-	-	20	57,1 %	15	33,3 %	5	33,3 %
Стабільно високий рівень тривоги (без змін)	15	25%	5	16,7 %	10	33,3 %	2	6,7%	3	30 %	10	28,6 %	12	26,7 %	3	20%
Зниження рівня тривоги, стабілізація психоемоційного стану	15	25%	12	40%	3	10%	5	33,3%	5	50 %	5	14,3 %	11	24,4 %	4	26,7 %
Переважно низький рівень тривоги та оптимальні показники емоційної стійкості	10	16,7 %	7	23,3 %	3	10%	8	53,3%	2	20 %	-	-	7	15,6 %	3	20%

Таблиця 2

Рівні тривоги у підлітків з психосоматичними захворюваннями

Зміни у психоемоційному стані опитуваних з початком війни	Підлітки із психосоматичними захворюваннями (18 осіб)		Підлітки без психосоматичних захворювань (42 особи)	
	п	%	п	%
Підвищення тривоги, напруги, негативних переживань	8	44,4%	12	28,6%
Стабільно високий рівень тривоги (без змін)	10	55,6%	5	11,9%
Зниження рівня тривоги, стабілізація психоемоційного стану	-	-	15	35,7%
Переважно низький рівень тривоги та оптимальні показники емоційної стійкості	-	-	10	23,8%

Таблиця 3

Прояви симптомів психосоматичних захворювань у підлітків (за схемою А. Вейна)

Симптоми	Всього (60 осіб)		Хлопці (30 осіб)		Дівчата (30 осіб)		Переселенці (15 осіб)		ВПО (10 осіб)		Не виїздили (35 осіб)		Із повних сімей (45 осіб)		Із неповних сімей (15 осіб)	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Наявність симптомів психосоматичних захворювань	18	30%	10	33,3%	8	26,7%	3	20%	2	20%	13	37,1%	13	28,9%	5	33,3%
Відсутність симптомів психосоматичних захворювань	42	70%	20	66,7%	22	73,3%	12	80%	8	80%	22	62,9%	32	71,1%	10	66,7%

Таблиця 4

Рівні задоволеності якістю життя у підлітків

Рівні задоволеності якістю життя	Всього (60 осіб)		Хлопці (30 осіб)		Дівчата (30 осіб)		Переселенці (15 осіб)		ВПО (10 осіб)		Не виїздили (35 осіб)		Із повних сімей (45 осіб)		Із неповних сімей (15 осіб)	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Дуже високий	-	-														
Високий рівень	10	16,7%	7	23,3%	3	10%	6	40%	4	40%	-	-	8	17,8%	2	13,3%
Середній рівень	20	33,3%	8	26,7%	12	40%	3	20%	2	20%	15	42,9%	13	28,9%	7	46,7%
Низький рівень	25	41,7%	13	43,3%	12	40%	6	40%	4	40%	15	42,9%	21	46,7%	4	26,7%
Дуже низький	5	8,3%	2	6,7%	3	10%	-	-	-	-	5	14,2%	3	6,7%	2	13,3%

Таблиця 5

Рівні задоволеності якістю життя у підлітків з психосоматичними захворюваннями

Рівні задоволеності якістю життя	Підлітки із психосоматичними захворюваннями (18 осіб)		Підлітки без психосоматичних захворювань (42 особи)	
	п	%	п	%
Дуже високий	-	-	-	-
Високий рівень	-	-	10	23,8%
Середній рівень	6	33,3%	14	33,3%
Низький рівень	10	55,6%	15	35,7%
Дуже низький	2	11,1%	3	7,1%

Таблиця 6

Рівні схильності до невротизації у підлітків (за методикою К. Хека і Х. Хесса)

Рівні схильності до невротизації	Всього (60 осіб)		Хлопці (30 осіб)		Дівчата (30 осіб)		Переселенці (15 осіб)		ВПО (10 осіб)		Не виїздили (35 осіб)		Із повних сімей (45 осіб)		Із неповних сімей (15 осіб)	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Високий рівень схильності до невротизації	18	30%	7	23,3%	11	36,7%	3	20%	2	20%	13	37,1%	13	28,9%	5	33,3%
Середній рівень схильності до невротизації.	30	50%	15	50%	15	50%	7	46,7%	5	50%	18	51,4%	14	31,1%	6	40%
Низька невротизація	12	20%	8	26,7%	4	13,3%	5	33,3%	3	30%	4	11,4%	20	44,4%	4	26,7%

Таблиця 7

Рівні схильності до невротизації у підлітків з психосоматичними захворюваннями

Рівні схильності до невротизації	Підлітки із психосоматичними захворюваннями (18 осіб)		Підлітки без психосоматичних захворювань (42 особи)	
	п	%	п	%
Високий рівень схильності до невротизації	14	77,8%	4	9,5%
Середній рівень схильності до невротизації.	4	22,2%	26	61,9%
Низька невротизація			12	28,6%

Таблиця 8

Рівні стресостійкості у підлітків (за методикою Коннора-Девідсона)

Рівні стресостійкості	Всього (60 осіб)		Хлопці (30 осіб)		Дівчата (30 осіб)		Переселенці (15 осіб)		ВПО (10 осіб)		Не виїздили (35 осіб)		Із повних сімей (45 осіб)		Із неповних сімей (15 осіб)	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Високий рівень стресостійкості	14	23,3%	8	26,7%	6	20%	7	46,7%	3	20%	4	11,4%	11	24,4%	3	20%
Помірна стресостійкість	29	48,3%	15	50%	14	46,7%	5	33,3%	5	50%	9	54,3%	22	48,9%	7	46,7%
Низька стресостійкість	17	28,3%	7	23,3%	10	33,3%	3	20%	2	20%	12	26,7%	12	26,7%	5	33,3%

Таблиця 9

Рівні стресостійкості у підлітків з психосоматичними захворюваннями

Рівні стресостійкості	Підлітки із психосоматичними захворюваннями (18 осіб)		Підлітки без психосоматичних захворювань (42 особи)	
	п	%	п	%
Високий рівень стресостійкості (14 осіб)			14	33,3%
Помірна стресостійкість (29 осіб)	6	33,3%	23	54,8%
Низька стресостійкість (17 осіб)	12	66,7%	5	11,9%

Програма корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями

Мета програми: профілактика виникнення порушень психологічного здоров'я; зниження ризиків виникнення психосоматичних захворювань; запобігання формуванню та / або загостренню психосоматичних захворювань.

Завдання програми корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями:

- зниження тривожності, психоемоційної напруженості; навчання учасників технікам розслаблення, релаксації;
- зниження, подолання невротичних переживань, формування навичок позитивного мислення;
- навчання прийомів трансформації негативних установок на сприйняття світу на адаптивні переконання і погляди;
- формування позитивного самоставлення і адекватної самооцінки, підвищення впевненості в собі, довіри до себе;
- навчання учасників аналізувати і враховувати наявні ресурси, сильні і слабкі сторони, власні здібності і можливості до досягнення успіху;
- підвищення обізнаності про стрес, його наслідки, ознаки впливу на організм та продуктивність діяльності, надати рекомендації для підвищення фізіологічної опірності до стресів;
- формування стресостійкості, здатності адекватно реагувати на стресові ситуації, використовувати адаптивні стратегії копінг-поведінки;
- розвиток комунікативних навичок, вміння встановлювати та підтримувати міжособистісні контакти з іншими людьми, пропонувати і отримувати соціальну підтримку від оточуючих.
- мотивування учасників до активного і діяльного підходу до побудови життєвих планів, їх впевненого втілення у поточній і майбутній діяльності.

Структурно програма корекційно-профілактичної роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями складається із 6 занять за такою тематикою: «Схильність до стресових станів як передумова психосоматичних захворювань»; «Що таке стрес і чим він небезпечний для здоров'я?»; «Мені в житті щастить»; «Саморегуляція та наявні ресурси у подоланні проблем»; «Адаптивна копінг-поведінка як чинник запобігання психосоматичним захворюванням»; «Прийоми самодопомоги на шляху до успіху».

Заняття 1. «Схильність до стресових станів як передумова психосоматичних захворювань»

Мета: познайомити учасників з поняттям «стрес» і його ознаками, характеристиками впливу на стан здоров'я; ознайомити із способами **боротьби зі стресом**; ознайомити із технікою роботи з власною уявою, що допомагає подолати стрес; формувати навички саморегуляції; розвивати навички пошуку ресурсів; зняття напруження.

1. Привітання, налаштування на групову роботу

Вправа-знайомство «Перетворення»

Мета: познайомитися з учасниками, створити умови для групової роботи, розвивати навички самопрезентації за допомогою метафоричних образів.

Учасники називають своє ім'я, продовжують речення: «Якби я була погодним явищем, то це був би ...». Учасники по черзі продовжують речення.

Психолог дякує та оголошує: Нехай девізом нашої роботи стануть слова «Нехай проблеми та негоди не роблять нам в душі погоди».

Повідомлення тематики заняття

Мета: налаштування на отримання цінної інформації та активної групової роботи під час заняття.

Психолог: - Під час заняття ми отримаємо знання про стрес, закріпимо навички конструктивного спілкування, проаналізуємо психічні стани, які виникають внаслідок стресу, фрустрації, розглянемо причини та наслідки стресу, навчимося прийомам запобігання фрустрованої поведінки, будемо розвивати навички саморегуляції в складних ситуаціях.

2. Основна частина, виконання основних вправ

Прийняття правил групи

Мета: прийняти і мотивувати до дотримання певних правил для продуктивної роботи групи під час занять.

Психолог пропонує, учасники приймають «Правила, які допомагають забезпечити успішну взаємодію»

Бути позитивними.

Бути активними.

Говорити тільки за темою.

Говорити від свого імені.

Не критикувати: кожен має право на власну думку.

Говорити відверто те, що думаєш.

Говорити коротко і по черзі. Дотримуватися регламенту

Вправа-діагностування «Коридор»

Мета: визначити схильність учасників до стресових станів.

Психолог пропонує учасникам продіагностувати себе. Вони шикуються в одну лінію, утворюючи уявний коридор. Відповідаючи на запитання ствердно, учасники роблять крок. Також можна провести вправу, запропонувавши намалювати коридор і відповідаючи ствердно, наблизитися по одній клітинці вгору.

1. Чи важко вам звертатися до когось із проханням про допомогу?
2. Чи думаєте ви про свої проблеми у вільний час?
3. Якщо ви бачите, що в людини щось не виходить, чи відчуваєте бажання зробити це замість неї?

4. Чи довго переживаєте через неприємності?

5. Чи завжди ви поспішаєте?

6. Чи доводиться вам мати декілька справ одночасно?

7. Чи нервуєте, коли стоїте в черзі?

8. Чи довго ви сумніваєтеся перед прийняттям рішення?

9. Чи маєте звичку перейматися чужими справами та давати непрохані поради?

10. Чи помічали за собою звичку говорити у швидкому темпі?

Висновок: якщо Ви зробили всі 10 кроків, то стресовий стан, нервозність, тривога для Вас – звична справа. Життя схоже на коридор, яким треба пройти. Хто швидше рухається, хто – повільніше, кому – важче, кому – легше, однак пройти треба. Кожен з нас сам робить кроки. Різниця лише в тому – куди ведуть ці кроки. Дуже часто ми самі наближаємо стрес. Що ми знаємо про це явище?

Вправа «Асоціації»

Мета: активізувати спілкування та взаємодію між учасниками і підготувати їх до подальшого спілкування щодо переживання стресового чи фрустраційного станів.

Кожен учасник отримує стікери різного кольору. Психолог пропонує їм на кожному стікері окремо написати свої асоціації, які виникають у них, коли ті чують слово «стрес». Учасники пишуть будь-яку кількість асоціацій, далі – озвучують написані асоціації та приклеюють їх на фліп-чарті. В он-лайн форматі – записують на окремих аркушах і показують через камеру.

Обговорення: Чому саме такі асоціації виникли у Вас до слова «стрес»? Які відтінки мають асоціації – негативні чи позитивні? Яких відтінків більше? Чи часто ви стикаєтесь із цими асоціаціями у своєму повсякденному житті?

Міні-лекція про стрес

Мета: дати учасникам уявлення про стрес та його ознаки, прояви симптомів та наслідків, вплив на стан здоров'я.

Психолог: - Ми з вами вже сформулювали поняття стресу, введенного в лексикон канадським лікарем Гансом Сельє. Зміст даного їм визначення полягає в наступному:

«Стрес – це неспецифічні фізіологічні та психологічні реакції організму при впливі на нього різких, екстремальних факторів». Як бачите, ці реакції виникають тоді, коли зовнішній вплив за силою набагато більше, ніж зазвичай. Причому ці подразники необов'язково мають бути реальними. Людина реагує не тільки на дійсну небезпеку, а й на загрозу або нагадування про неї. Дані реакції організму виявляються як в психологічних, так і в фізіологічних змінах, що відбуваються з людиною.

Симптомами стресу є:

- Постійне почуття роздратованості, пригніченості.
- Поганий, неспокійний сон.
- Депресія, фізична слабкість, головний біль, втома, апатія.
- Зниження концентрації уваги, що ускладнює навчання чи роботу. Зниження швидкості мислення і проблеми з пам'яттю.
- Відсутність інтересу до оточуючих, навіть до найкращих друзів, до рідних і близьких людей.
- Слізливість, що іноді переходить в ридання, сум, песимізм, жалість до себе.
- Зниження апетиту, хоча буває і навпаки.
- Нерідко з'являються нервові тики, метушливість, недовіра до всіх і до кожного.

Стадії розвитку стресу. У своєму розвитку стрес проходить три стадії. Тривалість кожної фази розвитку стресу індивідуальна.

- Перша стадія, яка виникає після сутички із стресовою ситуацією, - стадія тривоги. На цій стадії в кров надходять особливі речовини, що підвищують стійкість до травмуючого фактору, і організм готується діяти.

- ось перша тривога пройшла, і ви приступаєте до роботи. Ситуація продовжує залишатися напруженою, складною, а ви вже здатні діяти досить ефективно, іноді навіть більш ефективно, ніж у звичайній ситуації. Ваш організм мобілізував внутрішні резерви і отримав можливість чинити опір стресу. Це друга стадія – стадія опору. Однак на цій стадії через те, що організм працює дуже напружено, на межі своїх можливостей, його ресурси швидко витрачаються.

- при тривалому впливі стресу ви відчуєте сильну втому; ваша працездатність знизиться, увага і пам'ять почнуть знижуватися. Результат роботи може стати байдужий. Організм використав всі ресурси, і тепер може настати його руйнування. На цій стадії у людини значно погіршується самопочуття, може порушуватися сон і апетит, зростає схильність його до різних захворювань, і як підсумок – настає хвороба. У крайніх випадках може настати смерть.

Стресові стани суттєво впливають на життя людини. Люди з різними особливостями нервової системи по-різному реагують на однакові психологічні навантаження. У одних людей спостерігається підвищення активності, мобілізація сил, підвищення ефективності діяльності. Це так званий «еустрес». Небезпека ніби активізує людину, змушує її діяти сміливо і мужньо. У інших людей стрес може викликати дезорганізацію діяльності, різке падіння її ефективності, пасивність і загальне гальмування. Це «дистрес».

Арт-терапевтична вправа «Намалюй свій стрес»

Мета: надати змогу усвідомити стрес, переживання під час стресових ситуацій, відрефлексувати негативні думки, пов'язані зі стресом.

Психолог пропонує учасникам взяти аркуш паперу та олівці будь-якого кольору, щоб намалювати свій стрес та самопочуття, коли переживають стресові ситуації. Коли учасники завершують малюнок, вони мають його представити іншим, за бажання – описати, які кольори використовували і чому.

Вправа «Світлофор»

Мета: вчити учасників управляти своїм емоційним станом, володіти собою.

Психолог пропонує учасникам відповісти на питання: «Яка перша емоція виникає в стресовому стані?»

Учасники відповідають. Психолог пропонує діяти покроково в стресовому стані, використовуючи метод «Світлофор». А саме: зупинитися, заспокоїтися, потім – діяти.

Важливо на перших двох кроках володіти техніками саморегуляції стану.

На даному етапі можна запропонувати бажаним учасникам «пройти» із власною проблемою по уявному коридорі, використовуючи метод «Світлофор». Слід обговорити відчуття та емоції.

Вправа «Обтрус»

Мета: навчити учасників позбуватися від заважаючих і неприємних емоцій.

Психолог: - Часом ми носимо в собі різні тягарі, які забирають у нас багато сил. Наприклад, хтось втрачає віру в себе, думаючи, що не справиться із складним завданням, хтось спрямовує себе на те, що наробить купу помилок під час виконання відповідального завдання. А хтось може сказати, що він не такий розумний, як інші, тому не варто навіть спробувати.

Психолог пропонує дізнатися про ефективний прийом, який можна використовувати під час позбавлення від неприємних відчуттів.

«Станьте так, щоб навколо вас було досить місця, і почніть обтрушувати долоні, лікті й плечі. Одночасно уявляючи, як все неприємне – погані відчуття, турботи й погані думки – злітає з вас, як з гуски вода. Потім обтрусіть свої ноги – від носочків до стегон. А потім потрясіть головою.

Ефективно буде, коли Ви будете якимось звучати, використовувати якісь звуки... Тепер потрясіть обличчям й прислухайтеся, як смішно змінюється ваш голос, коли трясеться рот. Уявіть, що весь неприємний тягар з вас спадає й ви стаєте дедалі активніші, веселіші, бадьорішими».

Обговорення. Як змінилося ваше самопочуття після виконання завдання?

Вправа «Релаксація»

Мета: навчити учасників послаблювати м'язи перед стресами.

Психолог пропонує учасникам зайняти зручні місця та проєкспериментувати з м'язами.

1. Сядьте зручніше у крісло, на стільці.
2. Витягніть пальці ніг уперед, напружуючи м'язи литок.
3. Через 10 секунд послабте м'язи, поверніться до попереднього стану.
4. Підніміть ноги на 10 сантиметрів від підлоги, напружуючи пальці ніг.
5. Розслабте ноги, відпочиньте.
6. Посміхніться широко і зостаньтеся у такому положенні 10 секунд, потім розслабтеся.

Ці вправи роблять у парах, потім пари міняються і виконується вправа вдруге.

Вправа «Способи боротьби зі стресом»

Мета: ознайомити із способами боротьби зі стресом, запропонувати поділитися досвідом успішної боротьби зі стресом у групі.

Психолог: «Давайте пошукаємо оптимальні методи подолання стресів. Напишіть будь-які методи зняття стресів, якими Ви звичайно користуєтесь у своєму житті (не менше 10). Наприклад, 1) поговорити із подругою; 2) сприйняти з гумором; 3) отримати пораду компетентної людини; 4) з'їсти щось смачненьке; 5) поспати; 6) почитати цікаву книгу; 7) погуляти в парку; 8) потанцювати». Потрібно доповнити цей список і зачитати в групі.

Вправа «Сейф»

Мета: формування ресурсних вмінь; зняття напруження, ознайомлення з технікою роботи з власною уявою, що допомагає подолати стрес.

Психолог звертається до учасників: «Сядьте зручно. Розслабте тіло. Заплющіть очі. Уявіть собі ящик для неприємних спогадів. Цей ящик – дуже надійний. Це може бути сейф, ящик, скриня, шафа, бункер. Знайдіть його в своїй уяві. Подивіться, як він зачиняється, як відчиняється: ключиком, словами, жестом. Спробуйте відімкнути, замкнути. Тепер для експерименту візьміть фото і уявіть, як ви підходите до сейфа, відкрийте його, покладіть туди фото, закрийте сейф. Тепер спробуйте зробити це із неприємними спогадами, неприємною розмовою. Перекладіть це в рамку, поставте в ящик. Закрийте його. Ви зосереджені, спокійні. Цього спогаду більше немає у вашому житті. Побудьте ще кілька хвилин в цьому місці. Коли будете готові, повертайтеся в кімнату».

3. Підведення підсумків, рефлексія учасників

Вправа на завершення «Мої емоції від заняття»

Мета: закріпити сформовані на занятті навички, дати можливість кожному учаснику висловити свою думку. Психолог пропонує обговорити такі питання: «Які емоції супроводжували Вас під час заняття? З якими емоціями Ви завершуєте заняття? Що Вам сподобалось на занятті? Чи хотіли б Ви якесь завдання розглянути детальніше? Чи замислювались Ви раніше над даною проблемою?».

Заняття 2. «Що таке стрес і чим він небезпечний для здоров'я?»

Мета: дати інформацію про стрес, його симптоми і стадії; формувати навички саморегуляції, релаксації, що допомагають долати стрес; формувати конструктивні стратегії боротьби із стресом; створювати безпечну сприятливу атмосферу в взаємодії учасників в групі.

1. Привітання, налаштування на групову роботу

Вправа-загадка «Посмішка»

Мета: налаштувати на групову взаємодію, активізувати до праці.

Психолог: - Відгадайте загадку «Вона не має ціни. Вона збагачує тих, хто її отримує, не збіднюючи тих, хто її дарує. Вона триває одну мить, пам'ять про неї залишається надовго. Немає таких багатих, які могли б прожити без неї, і немає таких бідних, які не стали б багатшими її милістю. Вона створює щастя в будинку, атмосферу доброзичливості в справах і служить паролем для друзів. Разом із тим її не можна купити, випросити, позичити або вкрати, бо вона являє собою цінність, яка не принесе ніякої користі, якщо не буде йти від чистого серця».

Звертається до учасників: «Посміхніться, будь ласка, одна одній. Чудово».

Повідомлення теми заняття

Мета: налаштування на отримання цінної інформації та активної групової роботи під час заняття.

Психолог: - Сьогодні ми спробуємо дати відповіді на питання: «Що таке стрес? Як він впливає на організм? Чи небезпечний стрес для здоров'я? З'ясуємо причини виникнення стресів. Дізнаємося, як в напруженій обстановці бути стійкими до стресу і задіяти приховані в нас резерви, сили і можливості, щоб подолати стрес і обернути його собі на благо. Я сподіваюся, що всі ви станете активними учасниками нашої розмови».

2. Основна частина, виконання основних вправ

Інформаційне повідомлення про стрес, про психосоматичні наслідки стресів

Мета: дати інформацію про стрес і почуття, які з ним пов'язані – страх і тривога; дати інформацію про психосоматичні наслідки стресів, про не здатність психіки самостійно справлятися із великим накопиченням стресових, проблемних ситуацій в житті.

Психолог повідомляє учасникам: «Стрес – неспецифічна реакція організму у відповідь на дуже сильну дію (подразник) зовні, яка перевищує норму, а також відповідна реакція нервової системи. У стані стресу часто виникають почуття страху та тривоги. Страх – внутрішній стан, який обумовлюється загрозою реального або передбачуваного лиха. Психологи вважають його негативно забарвленим емоційним процесом. Тривога – негативно забарвлена емоція, яка виражає відчуття невизначеності, очікування негативних подій, важко визначені передчуття».

Далі психолог повідомляє учасникам інформацію про існування різних наслідків стресів для здоров'я людини, вказуючи на вплив стресу на соматичне стан організму.

«Психосоматичними можна назвати велику кількість захворювань, серед яких виділяються: такі три основні різновиди: гострі психосоматичні реакції, соматоформні розлади та психосоматози:

1. Гострі психосоматичні реакції, такі як панічні атаки і все, що супроводжується гострими тривожними розладами;

2. Соматоформні розлади (біль в животі без причини; діарея, алергія на всі ліки, не підтверджена лабораторно; відчуття печіння в статевих органах або в прямій кишці; біль в кінцівках, у суглобах, не підтверджені діагностичними дослідженнями);

3. Психосоматози, які відносяться до «класичної психосоматичної сімки»: бронхіальна астма; виразкова хвороба; гіпертонія; нейродерміт; ревматоїдний артрит; тиреотоксикоз; вегето-судинна дистонія. Крім того, сюди належить цукровий діабет, різні харчові розлади (анорексія, булімія), імунodefіцити і онкопатологія».

Поширені соматопсихічні синдроми, поширені у практиці лікаря

Синдром	Його прояви
1) вегетативний	до нього належить: дисфункція вегетативної нервової системи, яка включає помірні коливання тиску, лабільність пульсу, прояви іпохондрії і все, що сюди відноситься;
2) невротичний або астено-невротичний	цей синдром включає: зниження адаптаційних можливостей організму та різні соматичні прояви із тенденцією до наростання, а саме неврастенію, істерію, невроз нав'язливості;
3) тривожний,	включає стан безнадії, напруження, очікування. Нерідко декілька синдромів поєднані разом і тоді діагностується ступінь їхньої вираженості у пацієнта;
4) депресивний	передбачає насамперед, зниження настрою. Крім класичної депресії, депресивний синдром має декілька різновидів: дистимія (хронічна, помірно-виражена депресія, втома, зниження настрою); циклотимія (афективні зміни від зниження до підвищення настрою).

Отже, до психосоматичних відносяться: захворювання серцево-судинної системи; захворювання шлунково-кишкового тракту та залоз внутрішньої секреції; а також нервові та психічні захворювання.

Обговорення: Психолог запитує учасників: «Як часто Ви стикаєтеся із психофізіологічними наслідками стресу на свій організм? Чи задумувалися коли-небудь про те, що Ваші проблеми зі здоров'ям пов'язані із Вашими переживаннями, не вирішеними проблемами у відносинах з іншими людьми? Чи хочете дізнатися про цю тему більше? Чи маєте бажання навчитися регулювати власні реакції на різні подразники і вміло долати різні перешкоди? Виходити переможцем із битви зі стресом?».

«Для цього необхідно розвивати концентрацію нашої уваги, вчитися долати стрес та запобігати його негативному впливу на свій стан здоров'я, не допускаючи складних наслідків у вигляді психосоматичних захворювань».

Психологічний комплекс вправ для зняття стресу. Саморегуляція

Мета: познайомити із комплексом вправ для розвитку навички саморегуляції та подолання стресу; виконувати вправи для практичного відпрацювання навичок саморегуляції.

Психологи рекомендують використовувати комплекс вправ для подолання стресу, що включає вправи-саморегуляції, релаксації та аутотренування. На заняттях розглянемо і відразу спробуємо виконати всі з них.

Ці вправи краще виконувати під спокійну музику.

1. *Лобово-потилична корекція (кінезіологічна корекція)*. Одну долоню покладіть на потилицю, іншу – на чоло. Заплющіть очі й подумайте про якусь негативну ситуацію. Зробіть глибокий вдих-видих. Уявіть подумки цю саму ситуацію ще раз, але тільки в позитивному аспекті, обміркуйте й усвідомте те, як можна було б дану проблему вирішити. Після появи своєрідної “пульсації” між потиличною й лобовою частинами самокорекція завершується глибоким вдихом-видихом. Вправа виконується від 10 до 30 хв. Іноді для зняття стресу можна обмежитися лише цією вправою.

2. *Вуха*. М'яко розправте й розтягніть руками краєчки вух угору – назовні від верхньої частини до мочки – п'ять разів. Про-масажуйте ділянку за вухом униз до ключиці – п'ять разів.

3. *«Медуза»*. Сидячи на стільці, робіть плавні рухи руками, наслідуючи медузу, що плаває у воді.

Вправа «Заохочення – знеохочення»

Мета: заохочення учасників використовувати позитивні стратегії копінг-стратегій подолання наслідків стресів на стан свого організму та продуктивність діяльності.

Отже, найбільш дієвими позитивними стратегіями копінг-поведінки у подоланні стресів та збереження продуктивності своєї діяльності є:

- Достатньо відпочивати.
- Якомога регулярніше їсти та пити воду.
- Спілкуватися і проводити час із рідними та друзями.
- Обговорювати проблеми з кимось, кому вони довіряють.
- Займатися тим, що допомагає розслабитись (гуляти, співати, молитися, грати з дітьми).
- Робити зарядку.
- Визначити безпечні способи, як допомагати іншим під час кризи, а також брати участь у діяльності громади

Знеохочення використовувати негативні стратегії копіngu:

- Не вживати алкоголь або інші психоактивні речовини і не курити.
- Не спати увесь час.
- Не працювати без відпочинку і розслаблення.
- Не відсторонюватись від друзів і близьких.
- Не нехтувати елементарною особистою гігієною.
- Не вдаватися до насильства.

Арт-терапевтична вправа «Намалюй свій стан після заняття»

Мета: надати змогу усвідомити свої переживання під час вирішення стресових ситуацій, відрефлексувати негативні думки, пов'язані зі стресом.

Психолог пропонує учасникам взяти аркуш паперу та олівці будь-якого кольору, щоб намалювати самопочуття, наприкінці заняття. Коли учасники завершують малюнок, вони мають його представити іншим, за бажання – описати, які кольори використовували і чому.

3. Підведення підсумків, рефлексія учасників

Вправа на завершення «Сьогодні я...»

Мета: підведення підсумків, інтеріоризація досвіду участі в занятті, створення позитивного налаштування на застосування набутих знань і вмінь у житті.

Учасники по черзі говорять: «Сьогодні я... (навчилася, відчула, зрозуміла, дізналася, відкрила для себе, здивувалася і т.д.)».

Заняття 3. «Мені в житті щастить»

Мета: дати інформацію про способи подолання стресу; ознайомити учасників із способами подолання наслідків стресу для здоров'я; формувати позитивне мислення; вчити трансформувати негативні установки щодо себе і життя на позитивні; розвивати самоаналіз ресурсів, сильних сторін учасників; активізувати відчуття довіри до особистості; підвищувати віру у власні сили; створювати позитивний емоційний настрій, сприятливу атмосферу спілкування в групі.

1. Привітання, налаштування на групову роботу

Вправа-активізатор «Мені в житті щастить»

Мета: розвивати позитивне мислення, стимулювати до пошуку ознак щастя, гарних подій у житті.

Психолог пропонує учасникам розповісти про ті моменти їхнього життя, коли їм пощастило. Почати розповідь треба словами: «Мені у житті щастить..». потрібно пригадати якомога більше приємних, щасливих моментів.

2. Основна частина, виконання основних вправ

Вправа «Притча про щастя»

Мета: показати, що кожен сам творець свого щастя, дати змогу усвідомити власні емоції під час переживання різних подій.

Психолог зачитує учасникам притчу і пропонує її обговорити.

Притча «Непросте завдання»

Бог виліпив людину з глини, і залишився у нього невикористаний шматок.

– Що ще тобі зліпити? – запитав Бог людину.

– Зліпи мені щастя, – попросила вона.

Нічого Бог не відповів, лише поклав людині в долоню шматочок глини, що залишився. Кожній людині від народження дається «шматочок глини», з якого вона може виліпити своє майбутнє за власним вибором, стосунки з оточуючими, щасливе життя спосіб реагування, стиль поведінки. «Хочеш бути щасливим, будь!» – сказав К. Прутков. Наскільки буде життя щасливим, стосунки гармонійними, досягнення відчутними залежить, передусім, від самої людини.

Технологія «Грунування» на тему «Стресори»

Мета: дати інформацію про поняття «стресори» та їх групи; сприяти усвідомленню впливу емоцій на реакції у стресових ситуаціях.

Психолог звертається до учасників: «Зрозуміти суть явища – означає зрозуміти причину, яка викликала стрес. Давайте назвемо події, які можуть стати причиною стресу. Насамперед, це: проблеми на роботі особистісні негаразди, нестабільне матеріальне становище, психічне напруження, невдачі, страхи, зриви відчуття, небезпеки ДТП, аварії, втрата близької людини, війна, похід до лікаря і т.п.»

При цьому психологи вважають, що причиною стресу може стати будь-яка подія. В однієї людини – це може викликати стрес, в іншій – навпаки. Тому існує кілька класифікацій стресорів:

1. Больовий, температурний, емоційний, інтелектуальний.

2. Внутрішній, зовнішній.

3. Стресори, на які ми не можемо впливати.

4. Позитивний (еустрес), негативний (дистрес).

(Утворюється гроно винограду з надписами, які скомпоновані по групах)

Обговорення: Яка група стресорів присутня у вашому житті частіше? (переважно це події, які ми самі перетворюємо в стреси). Чи буває у Вас еустрес? А дистрес?

Вправа «Перевернутий бінокль»

Мета: дати можливість проаналізувати стресори через призму власних цінностей.

Психолог: «Сприйняття світу залежить від переконань, внутрішніх стереотипів і цінностей (наприклад, «займатися у житті тим, що подобається»; «бути вільним», «жити для власного задоволення»; «пересидіти бурю в тихому місці»). Картина світу формується з набуттям життєвого досвіду. Спочатку ми отримуємо штампи – досвід батьків, вбираємо їхні стереотипи мислення, емоційні реакції і вибудовуємо уявлення про дорослий світ. Згодом на картину світу впливають учителі, друзі, співробітники, кохані. Цінності досить стабільні і стійкі, проте не є сталими, вони можуть змінюватися протягом життя, їх можна коригувати за бажанням. Минуле не можемо змінити, але можемо вплинути на майбутнє. Саме цінності є орієнтиром. Людина почувається успішною і щасливою тоді, коли крок за кроком рухається до чогось, що має для неї цінність.

Цінності задають вектор руху у життєвому просторі. Цінності є діамантом.

Психолог пропонує учасникам розкласти в центрі столу найважливіші цінності-камінчики (записують самі учасники). Також на папері прописати стресори, які часто зустрічаються у їхньому житті. Потрібно по черзі проаналізувати власні стресори через призму обраних цінностей у власному житті, як через перевернутий бінокль.

Обговорення: Які враження виникали під час виконання вправи? Чи втрачають свою силу стресори, коли дивитися на цінності-діаманти?

Вправа-регуляція дихання «Продихай стрес»

Мета: ознайомити із дихальними вправами, які допомагають подолати стрес, знизити тривогу, навчитися управляти своїм диханням.

Психолог пропонує учасникам сісти і виконати вправи на дихання.

1). «На рахунок 1,2,3,4 повільно вдихати впевненість.

На рахунок 5,6,7,8 повільно видихати тривогу. Повторювати 7–8 раз. Практикувати щодня на самоті протягом 2–3 тижнів».

2) «Вказівним пальцем правої руки промалювати по долоні лівої руки уявний квадрат і зробити повільний вдих на рахунок 1,2,3,4. Промалювати у зворотному напрямку, видихнути повільно на рахунок 5,6,7,8.

Те саме зробити на правій руці. Повторювати 7–8 раз. Практикувати на самоті протягом 2–3 тижнів».

Після виконання вправи відбувається обговорення: Чи вдалося досягти заспокоєння, розслаблення? Звільнитися від негативних думок?

Вправа «Проговорюй стрес»

Мета: вчити учасників звільнятися від негативних думок та емоцій, трансформувати негативні переконання у позитивні твердження.

Як можна зупинити постійний негативний монолог у своїй голові? Якими є думки у Вашій голові? Давайте спробуємо замінити хоча б одну на позитивну.

Учасники наводять приклади своїх негативних думок, далі психолог пропонує учасникам 2 способи управління своїми негативними думками та емоціями.

1) «Сісти зручно та розслабити тіло. Заплющити очі. Повільному вдихнути повітря, на видиху починати «гудіти». Повторювати 7–8 раз. Практикувати на самоті протягом 2–3 тижнів».

2) «Вислів «так–так–так» промовляти з різною інтонацією. Повторювати 7–8 раз. Практикувати на самоті протягом 2–3 тижнів».

Після виконання вправи відбувається обговорення: Чи вдалося досягти заспокоєння, розслаблення? Звільнитися від негативних думок?

І після розслаблення психолог пропонує учасникам скласти позитивні думки і твердження на протизагадані, наведеним прикладам.

Вправа «Посмішка – найкращий спосіб протидіяти стресу»

Мета: формувати в учасників вміння опиратися стресу, налаштовувати їх на внутрішній спокій.

Психолог пропонує учасникам: «Сісти зручно. Заплющити очі. Сконцентрувати увагу на своєму обличчі. Обличчя розслаблене. Куточки губ розтягуються в повільній

посмішці. Тіло заповнюється внутрішнім спокоєм та блаженством. Хвилину посидіти спокійно, повільно дихаючи. Повернутися в кімнату».

Після виконання вправи відбувається обговорення: Чи вдалося досягти заспокоєння, розслаблення? Звільнитися від негативних думок?

Психологічний комплекс вправ для зняття стресу. Релаксація

Мета: познайомити із комплексом вправ для розвитку подолання стресу. Продовжити виконувати вправи для практичного відпрацювання навичок релаксації, зняття емоційного напруження.

1. Стисніть пальці в кулак із загнутим усередину великим пальцем. Роблячи видих, спокійно, не кваплячись, стискайте кулак із зусиллям. Потім, послабляючи стиск кулака, зробіть вдих. Повторіть вправу п'ять разів. Виконання вправи із закритими очима подвоює ефект. Вправу слід виконувати двома руками одночасно.

2. Зробіть двома волоськими горіхами кругові рухи в одній долоні. Вправа розвиває моторику рук.

3. Злегка промасажуйте кінчик мізинця.

4. Покладіть горіх на кисть руки з боку мізинця (на долоні) і долонею іншої руки злегка натисніть і проробіть горіхом кругові рухи (3 хвилини).

Вправа «Стирання негативної інформації з пам'яті»

Мета: ознайомити учасників із технікою стирання з пам'яті негативних емоцій, реакцій, інформації.

Психолог: «Сядьте й розслабтеся. Закрийте очі. Уявіть перед собою чистий аркуш паперу, олівці, гумку. Подумки намалюйте на аркуші негативну ситуацію, яку треба забути. Це може бути реальна кар-тинка, образна асоціація, символ тощо. Подумки візьміть гумку і послідовно «втирайте» з аркуша паперу цю негативну ситуацію доти, поки з аркуша не зникне картинка. Відкрийте очі. Зробіть перевірку: закрийте очі й уявіть той самий аркуш паперу. Якщо картинка не зникла, знову візьміть гумку і «втирайте» її до повного зникнення. Через якийсь час вправу можна повторити».

3. Підведення підсумків, рефлексія учасників

Вправа на завершення «Відкритий мікрофон»

Мета: закріпити сформовані на занятті навички, дати можливість кожному учаснику висловити свою думку.

Психолог звертається до учасників: Чи здійснилися очікування від заняття? Що вам сподобалось на занятті? Які емоції супроводжували вас під час заняття?

Заняття 4. «Саморегуляція та наявні ресурси у подоланні проблем»

Мета: ознайомити учасників із інформацією про внутрішні та зовнішні ресурси; активізувати їх внутрішній потенціал для пошуку власних ресурсів з подолання стресу; формувати стресостійкість, розвивати вміння та навички стресостійкої поведінки; розвивати практичні вміння саморегуляції.

1. Привітання, налаштування на групову роботу

Вправа «Книга»

Мета: надати можливість розслабитися, знизити напруження і тривожність.

Психолог звертається до учасників: «Уявіть себе книгою, що лежить на столі (або будь-яким іншим предметом, що знаходиться в полі зору). Варто докладно сконструювати у свідомості внутрішнє «самопочуття» книги її спокій, положення на столі, обкладинку, що захищає від зовнішнього впливу сторінки. Крім цього, постарайтесь подумки ніби «від імені книги» побачити кімнату та розташовані в ній предмети: олівці, ручки, папір, зошити, стілець, книжкову шафу тощо».

Вправа проводиться протягом 3-5 хвилин і повністю знімає внутрішнє напруження, переводячи його у світ предметів.

2. Основна частина, виконання основних вправ

Презентація «Я в променях сонця»

Мета: розвивати внутрішню стійкість, підвищувати довіру до себе, формувати позитивне самоставлення.

Кожен учасник протягом 2-3 хвилин на аркуші паперу малює сонце. В центрі кола учасник записує власне ім'я (можна записати займенник «Я»), а на променях – свої сильні сторони, або те, що любить, цінує і приймає в собі, або ті якості, які дають відчуття внутрішньої впевненості і довіри до себе в різних ситуаціях.

Кожен презентує своє «Сонечко». Далі відбувається обговорення:

- З якою метою проведено цю вправу?
- Які емоції виникали у вас під час презентації себе самого?.

Вправа «Бінго»

Мета: визначити, наскільки учасники задоволені рівнем своїх досягнень у різних життєвих сферах, спрямувати їх увагу на пошук ресурсів для бажаних змін та самовдосконалення у цих сферах.

Матеріали: плакат із зображенням обрисів фігури людини, аркуші паперу формату А4 відповідно до кількості учасників, кольорові олівці.

Психолог демонструє учасникам і коментує зміст плакату із зображенням обрисів фігури людини, де на правій руці написане слово «здоров'я», на лівій – «благополуччя (у провідній діяльності, наприклад, у навчанні)», на правій нозі – «дозвілля», на лівій – «стосунки з близькими та друзями», на голові – «життєві знання та уміння». Далі кожен отримує аркуш паперу формату А4 і під керівництвом психолога, який дає пояснення, складає аркуш паперу по вертикалі навпіл і «вирізає» фігурку, подібну до тієї, що зображена на плакаті. По завершенню виконання цього завдання учасники обирають по кольоровому олівцю. Далі пишуть на частинах власноруч виготовленої фігурки такі ж слова, як і на плакаті, і розмальовують їх кольоровими олівцями згідно з власними міркуваннями про те, наскільки учасник задоволений своїм здоров'ям, благополуччям, дозволям, стосунками з близькими і друзями, життєвими знаннями та уміннями. По завершенню індивідуальної роботи психолог пропонує учасникам показати всі виготовлені фігурки і порівнювати свої малюнки, щоб знайти того / тих, чия фігурка має подібне розфарбування. Результати виконання вправи обговорюються у загальному колі.

Психолог наголошує, що кожен сам визначає, замалювати, наприклад, усю ліву ногу, якщо повністю задоволений стосунками з близькими і друзями, чи лише якусь маленьку частинку, якщо відчуває труднощі у цій сфері. Вправа може виявитися досить складною для самостійного виконання, тому психологу варто запитувати учасників, щоб переконатися, що вони зрозуміли завдання, та за потреби давати додаткові пояснення.

Питання для обговорення:

- Про що можете сказати, що Ви повністю задоволені станом справ?
- Яка із зазначених життєвих сфер виглядає для Вас більш вразливою?
- Які висновки Ви зробили, дивлячись на зафарбовану фігурку?
- Які дії могли б призвести Вас до покращання ситуації?
- Над чим Ви плануєте працювати найближчим часом?
- Які ресурси Вам потрібні, щоб почати вдосконалювати стан справ у цих сферах?

Мозковий штурм «Які бувають ресурси?»

Мета: дати інформацію про поняття «ресурси», визначити уявлення учасників про їх наявні ресурси для подолання стресу.

Психолог звертається до учасників: «Які асоціації у вас викликає поняття «ресурси»? Ресурси – це те, що допомагає людині в складних ситуаціях, її можливості. Зазвичай ресурси можна розділити на дві групи: внутрішні та зовнішні. Внутрішні ресурси – це здібності людини, а зовнішні – це можливості, які ми можемо черпати від інших людей, обставин».

Вправа «Внутрішні і зовнішні ресурси»

Мета: обговорити уявлення учасників про зовнішні і внутрішні ресурси, про їх складові.

Учасники об'єднуються у 2 групи «День» та «Ніч».

Завдання для 1 групи: скласти список «Внутрішні ресурси людини».

Завдання для 2 групи скласти список «Зовнішні ресурси людини».

Презентація робіт.

Арт-терапевтична вправа «Намалюй способи подолання стресу»

Мета: надати змогу відрефлексувати негативні думки, пов'язані зі стресом, визначити для себе найбільш ефективний спосіб подолання стресових ситуацій.

Психолог пропонує учасникам взяти аркуш паперу та олівці будь-якого кольору, щоб намалювати найбільш ефективний спосіб подолання стресу, подолання проблеми (на їх думку). Коли учасники завершують малюнок, вони мають його представити іншим, за бажання – описати, які кольори використовували і чому. Можуть обґрунтувати, який спосіб подолання стресу їм здається найбільш ефективним.

Вправа «Самопідтримка»

Мета: допомогти усвідомити, що найпершою людиною, яка потребує підтримки є сама особистість; розвивати навички самодопомоги; формувати ціннісне ставлення до себе, позитивну самооцінку.

Психолог просить учасників подумати й записати текст-самопідтримки. Учасники, працюючи над ним, повинні пригадати, як вони підтримують та підбадьорюють інших (але це не повинні бути фрази заспокоєння), як хвалять себе. Учасникам рекомендується відчувати при цьому себе в ролі людини, яка щойно вдало завершила важливу справу.

3. Підведення підсумків, рефлексія учасників

Вправа-рефлексія

Мета: підвести підсумки, закріпити знання і навички, надати слово кожному бажаному, щоб він міг поділитися своїми враженнями.

Кожен учасник має відповісти на питання: «Як почувалися на занятті? Що найбільше вразило? Чи здійснилися очікування?».

Заняття 5. «Адаптивна копінг-поведінка як чинник запобігання психосоматичним захворюванням»

Мета: ознайомити із різними копінг-стратегіями поведінки у стресових ситуаціях; актуалізувати їх розуміння про вагому роль емоцій та дій під час стресової ситуації; розвивати самосвідомість та самоаналіз учасників, надати можливість визначити свої сильні сторони; дати інформацію про важливість адекватного реагування на проблеми як чинника запобігання психосоматичним захворюванням; розвивати навички саморегуляції, вчити фізичній релаксації; вчити відновлювати власні резерви, шукати ресурси для активної діяльності.

1. Привітання, налаштування на групову роботу

Вправа «Очікування»

Мета: активізувати учасників до групового заняття, визначити очікування.

Психолог: «Впродовж кількох занять ми працювали над надзвичайно об'ємною непростю темою – «Стрес», розглядали це явище з різних точок зору, намагалися подивитися на стрес з позитивного боку.

Учасникам роздають невеликі аркуші паперу (можна липкого). Тренер просить написати на них, чого саме учасники чекають від сьогоднішнього заняття. Після цього кожен учасник зачитує свій напис і прикріплює аркуш на підготовлений тренером символічний кактус».

2. Основна частина, виконання основних вправ

Вправа «Спільна розповідь»

Мета: активізувати отримані знання учасників про стрес, його наслідки для здоров'я, способи його подолання, формувати групову єдність.

Психолог пропонує учасникам скласти спільну розповідь за поданим початком. Психолог розпочинає речення і задає певну тему «Ми живемо в надзвичайно стресовий час....». Наступний учасник логічно пов'язує події та додає ще 1–2 речення. Завершує психолог про надзвичайно ресурсну роботу – роботу з уявою.

Вправа «Стихія»

Мета: розвиток самосвідомості, навичок самоаналізу учасників, формування вмінь рефлексії (у стані «тут і тепер» та в оптимістичних очікуваннях майбутнього).

Психолог пропонує учасникам дати відповідь на запитання: «Що ми робимо, коли потрапляємо в стресову ситуацію? Яка перша наша реакція в стані напруження?»

Учасники записують відповіді на окремих аркушах, називають і прикріплюють до дошки (або показують на камеру при он-лайн проведенні).

Психолог підводить підсумок: «Кожен з нас має свій досвід поведінки в стресовому стані: хтось – плаче, інший – уникає стресових ситуацій, мовчить, третій – рветься в бій і т.д. Цей механізм дії, вироблений роками та досвідом. Він має право на існування.

Леонардо да Вінчі казав: «Згода стихій в самій людині підтримує її, а їхня боротьба – руйнує саму людину». Тому необхідно пам'ятати, що своїми діями ми можемо розбурхати стихію, перетворити її в некерований потік і зруйнувати себе. А можемо навчитися керувати стихією».

Інформаційне повідомлення «Копінг-поведінка

Мета: ознайомити учасників із різними копінг-стратегіями поведінки у стресових ситуаціях.

Психолог ознайомлює учасник із стратегіями та чіпляє назви на імпровізований «штурвал».

«Існує 8 стратегій поведінки в стресовій ситуації. Кожна з них має свої позитивні та негативні сторони. Розглянемо їх.

1. Стратегія самоконтролю
2. Стратегія втечі (уникнення)
3. Дистанціювання
4. Конфронтація
5. Пошук соціальної підтримки
6. Прийняття відповідальності
7. Планове вирішення
8. Позитивна переоцінка

Обговорення: Яку із стратегій обираєте ви? Чи змінюєте стратегії? Чи задоволені результатом власних дій?

Психолог підводить підсумок: Люди долають стрес по-різному. Ефективна відповідь на стрес, яка веде до адаптації, – це використання такої стратегії взаємодії зі стресором, яка значно знижує переживання стресу. При цьому не існує правильної стратегії. Ми маємо обирати стратегію поведінки залежно від стресора, змінювати її при необхідності».

Дискусія «Як моя поведінка у стресі призводить до психосоматичних захворювань?»

Мета: дати інформацію про важливість адекватного реагування на проблеми як чинника запобігання психосоматичним захворюванням; обговорити із учасниками проблеми використання неадаптивних копінг-стратегій, що призводять до психосоматичних захворювань.

Психолог пропонує учасникам розділитися на дві групи, де в одній учасники складають відповіді на питання: «Як моя поведінка у стресі призводить до психосоматичних захворювань?» і наводять 4-5 прикладів.

А в іншій групі – учасники записують відповіді на питання: «Як моя поведінка у стресі запобігає психосоматичних захворювань?» і також наводять 4-5 прикладів.

Далі у груповому обговоренні від кожної групи обирається по 1 представнику, який зачитує всі варіанти поведінки та наведені приклади (їх може бути багато, якщо кожен учасник написав свої приклади, і вони не повторюються). В он-лайн форматі – дається слово кожному учаснику, який може доповнити відповіді представника своєї групи і навести власні приклади поведінки у стресі, яка запобігає чи провокує психосоматичні захворювання.

Вправа «Мої сильні сторони»

Мета: спонукати до самопізнання, аналізу сильних сторін, пошуку внутрішніх ресурсів, щоб подолати стрес.

Психолог: «Людина має сама підтримувати своє бажання вдосконалюватися, працювати над собою. Велике значення має вміння позитивно мислити, схвалювати самого себе, визнавати результати своєї діяльності. Самовизнання, самосхвалення дуже корисні методи формування самоповаги, оскільки ви вчитеся помічати щось позитивне в своїх діях і розвиваєте почуття впевненості у власних силах».

Психолог пропонує учасникам визначити свої сильні сторони (здібності), позитивні риси характеру й те, як вони допомагали вам у житті. Поміркуйте й запишіть, як ви можете найкращим чином скористатися ними для досягнення мети.

№	Сильні сторони	Як допомагають у житті	Де і як ними можна скористатися

Вправа «Гора з плеч»

Мета: вчити учасників прийомам фізичної і психічної релаксації, активізувати внутрішні ресурси для подолання стресу.

Психолог пропонує учасникам: «Зручно стати. Широко розставити ноги, підняти плечі, відвести їх назад, злегка напружуючи і зводячи в лопатках. Тримати плечі напруженими 5-10 секунд. Після цього різко опустити плечі, «скинувши» гору з плечей. Повторити вправу 5-6 разів».

Після виконання вправи відбувається обговорення: Чи вдалося досягти заспокоєння, розслаблення? Звільнитися від негативних думок?

Вправа-активізатор «Висока енергія»

Мета: вчити відновлювати свої сили і резерви, шукати ресурси для активної діяльності.

Психолог звертається до учасників: «Уявіть собі яскраве зоряне небо. Виберіть собі найяскравішу зірку. А тепер проковтніть її. Вона вибухає в вас, наповнюючи весь організм енергією. Енергія проникає в усі клітини вашого організму, наповнюючи його бажанням щось змінювати, діяти».

Психологічний комплекс вправ для формування стресостійкості. Аутотренування

Мета: познайомити із комплексом вправ для розвитку навичок подолання стресу для формування стресостійкості, відпрацювання навичок аутогенного тренування.

Ось загальна схема аутогенного тренування:

– перша вправа – викликання відчуття важкості в руках та ногах із розслабленням м'язів;

– друга вправа – викликання відчуття тепла в руках та ногах;

– третя вправа – регуляція ритму серцевої діяльності (часто-та серцебиття);

– четверта вправа – регулювання ритму дихання;

– п'ята вправа – викликання відчуття теплоти під грудьми (сонячне сплетіння);

– шоста вправа – викликання відчуття прохолоди на чолі.

Загальна формула аутогенного тренування така:

«Я спокійний... мої руки важкі та теплі... моє серце б'ється сильно, спокійно і ритмічно... я дихаю глибоко і рівномірно... сонячне сплетіння тепле, воно випромінює тепло... моє чоло прохолодне».

Вправа «Спільна розробка рекомендацій з подолання стресу»

Мета: узагальнити досвід учасників щодо способів подолання стресу, усвідомлення ними кращих варіантів, які вони обрали б для себе.

Психолог пропонує присутнім прийняти участь у розробці рекомендацій одна одній за тематикою: «Як організувати режим дня та харчування?»; «Як підтримувати власну працездатність та уникати хвилювань?».

Психолог: Рекомендації психологів у стані стресу, у період переживання складних ситуацій включають в себе: «Чергувати розумове і фізичне навантаження», «Кожного дня засинати не пізніше 23 години», «Вчасно і якісно харчуватися». Чим би ви доповнили цей список?

3. Підведення підсумків, рефлексія учасників

Вправа на завершення «Телеграма»

Мета: підвести підсумки, дати слово всім бажаючим висловитися про свої враження від заняття.

Учасникам потрібно 5 словами описати свій стан після тренінгу, відповідаючи на питання: «Як почувалися на занятті? Що найбільше вразило? Чи здійснилися очікування?».

Заняття 6. «Прийоми самопомоги на шляху до успіху»

Мета: ознайомити учасників з формулами стресу; знижувати рівень тривожності, невротичних переживань, напруженості у житті учасників; розвивати стресостійкість; формувати позитивне мислення; здатність трансформувати негативні установки на позитивні твердження; вчити користуватися прийомами самопомоги у стані стресу та при пошуку ресурсів з подолання проблем.

1. Привітання, налаштування на групову роботу

2. Основна частина, виконання основних вправ

Вправа «Формула стресу»

Мета: познайомити з формулами стресу, спрямувати учасників до думки про важливість емоційного реагування на різні стрес-чинники, на доцільність регулювання своїх емоцій під час напруження.

Психолог пропонує розглянути дві формули стресу:

Формула №1 «Стресор–напруження–емоція–активна дія–розслаблення, еустрес»

Формула №2 «Стресор–напруження–емоція–негативна дія, бездіяльність–перенапруження, дистрес».

Обговорення: Як на вашу думку, чи можна першу формулу назвати «позитивний» стрес? Як на вашу думку, чи можна другу формулу назвати «негативний» стрес? Чому?

Яку формулу реагування у стресі Ви найчастіше застосовуєте? Як саме вона виявляється? Наведіть приклади.

Рольова гра «Конверт життєвих ситуацій»

Мета: проаналізувати життєві стресові ситуації, визначити типові реакції поведінки у складних ситуаціях.

Психолог пропонує учасникам записати ситуації із власного життя, які викликали стрес. Записки складаються в конверт. Кожен учасник витягує з конверта ситуацію та намагається проаналізувати її розвиток за формулами стресу.

Висновок: «Вчені стверджують, що інформація зазвичай нейтральна. Саме ми забарвлюємо її негативною емоцією. І тим самим збільшуємо свій стресовий стан, оскільки стресор не зникає. Виникає перезавантаження, і стрес подвоюється. Можливо, потрібно поглянути на явище з позитивного боку?»

Вправа-активізатор «Генератор енергії»

Мета: вчити відновлювати власні резерви, шукати ресурси для активної діяльності.

Психолог звертається до учасників: «Уявіть перед собою фантастичний генератор енергії та «ввімкніть» його. Уявіть собі та відчуйте, як енергія впливає на вашу передню частину тіла, наповнює груди, м'язи. Вдихайте її. Поступово переміщайте генератор енергії праворуч та ліворуч від себе. Відчуйте тепло хвиль на спині, руках, голові, ногах. Відчуйте наявність енергії в кожній ділянці вашого тіла, вашу готовність вирішувати найскладніші завдання. В вашому тілі немає ознак втоми, стресу. Ви – генератор енергії».

Вправа «Скептики–оптимісти»

Мета: формувати позитивне мислення учасників, сприяти зміні установок.

Психолог пропонує обмежуючі фрази, стереотипи перефразувати в ресурсні. Наприклад, «я сьогодні запізнився на зустріч, проте встиг помилуватися сонячним днем. Зламав улюблену ручку, але буде привід купити нову. Не зміг домовитися із друзями про спільне хобі на літо, зате буде про що поговорити після канікул» та ін.

Вправа «Доведи за мене справу до кінця!»

Мета: допомогти учасникам усвідомити те, як важливо вміти доводити до кінця розпочату справу.

Психолог: «Сила волі проявляється в умінні завершити справу. Зараз хай кожен послідовно розповість про справу, яку він не закінчив. Інші можуть задати уточнюючі питання. Потім група має вирішити, як би вона завершила б цю справу».

Психолог має стежити за дискусією та спрямовувати її у правильне русло.

Вправа «Соціальна підтримка – моя і мене»

Мета: дати учасникам змогу проаналізувати свої вміння надавати соціальну підтримку іншим та отримувати її від оточуючих.

Іноді щось не вдається або не виходить. Ви розчаровуєтесь і втрачаєте віру в себе, а підтримки від інших немає.

Психолог пропонує учасникам відповісти на питання:

1. Чи знаєте ви свої позитивні риси, переваги, які можуть забезпечити вам успіх у житті?

2. Чи завжди Ви підтримуєте себе чи інших?

3. Чи вмієте Ви підтримувати?

4. Чи вмієте Ви приймати допомогу від інших?

Обговорення: Що Вам вдалося зрозуміти про себе, про те, як Ви підтримуєте інших, і як дозволяєте іншим підтримати Вас? Може Ви не помічаєте, як хтось хоче Вам допомогти, підбадьорити?

Вправа «Мої риси успіху в житті»

Мета: формувати позитивне самоставлення, дати змогу проаналізувати власні сильні сторони, позитивні риси, які приводили до успіху в минулому, і які можуть привести до нього в майбутньому.

Психолог пропонує учасникам проаналізувати свої позитивні риси, які сприяють досягненню успіху в діяльності, у спілкуванні з іншими.

Інструкція:

- запишіть 5 позитивних рис свого характеру, що сприяли б вашому успіху в діяльності;

- запишіть 5 своїх позитивних рис, що допомагають вам у спілкуванні з іншими людьми;

- опишіть ваші успіхи в минулому та їх вплив на ваше життя.

Обговорення: кожен учасник презентує групі результати свого опису. Група підтримує та заохочує учасника. Він занотує висловлювання й додає до них вирази, за допомогою яких зможе підбадьорити самого себе, коли зазнає поразки або стикнеться з труднощами.

Вправа «Ресурсні переконання»

Мета: допомогти створити або пригадати власний девіз, який дає ресурси у подоланні проблем.

Психолог наводить приклад літературних героїв, які мали ресурсні переконання, тобто фрази чи слова, які допомагають відтермінувати обмежуючі думки або допомагають посилити власні резерви. Наприклад, Скарлет о'Хара говорила собі: «Я подумаю про це завтра». Цар Соломон стверджував: «І це також пройде». Учасники називають власні вислови, які піднімають їхній дух, допомагають відновитися.

Вправа «Безпечне місце»

Мета: формування ресурсних вмінь; зняття напруження, ознайомлення з технікою роботи з власною уявою, що допомагає подолати стрес.

«Сядьте зручно. Розслабте тіло. Заплющіть очі. Уявіть собі місце, де відчуваєте себе впевнено, затишно. Воно може бути реальним, а може бути вигаданим. Це місце може бути маленьким, а може бути цілим островом чи зіркою, чи навіть цілою окремою планетою. Відчуйте себе там. Які почуття вас переповнюють? Подивіться навколо. Що ви бачите? Чи є хтось біля вас?

Вам дуже тепло і затишно. Ви не маєте ніяких хвилювань і тривог. Вам спокійно і безпечно.

Запам'ятайте цей стан. Ви можете повертатися сюди, коли вам захочеться. Побудьте ще кілька хвилин в своєму безпечному місці. Коли будете готові, повертайтеся в кімнату».

Арт-терапевтична вправа «Намалюй свою мандалу»

Мета: надати змогу знайти найбільш ефективний спосіб подолання стресових ситуацій, відобразити на папері свій внутрішній стан, зробити пам'ятку для себе про оптимальні шляхи переживання стресу та відновлення внутрішньої енергії.

Психолог пропонує учасникам взяти аркуш паперу та олівці будь-якого кольору, щоб намалювати мандалу. Пояснює, що це, як може виглядати, що значить у психологічному значенні. Кожен учасник має свою мандалу, яка може допомогти їй вирішити стрес. Це може бути «мандала заспокоєння» чи навпаки – «мандала активізації до дій з вирішення стресу», чи навіть «мандала відновлення сил та енергії після стресу». Коли учасники завершують малюнок, вони мають його представити іншим, за бажання – описати, які кольори використовували і чому. Можуть обґрунтувати, який спосіб подолання стресу їм здається найбільш ефективним, і чия мандала їм сподобалась більше всього.

3. Підведення підсумків, рефлексія учасників

Вправа на завершення

Мета: підвести підсумки участі жінок у заняттях, визначити їх психоемоційний стан наприкінці занять, узагальнити отриманий досвід щодо подолання стресу.

Психолог пропонує учасникам відповісти на питання: Які знання ви здобули під час заняття? Як ці знання ви використаєте у своєму подальшому житті? Що ви взяли особисто для себе? Оцініть вашу особисту активність під час заняття?

Прощання-афірмація. «Успішне життя ми обираємо. Бути щасливими всіх закликаємо».