

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»

Факультет соціальних наук

(повне найменування факультету)

Психологія

(повне найменування кафедри)

Пояснювальна записка

до дипломного проєкту (роботи)

бакалавр

(ступінь вищої освіти)

на тему Психосоматичні прояви тривожності у молоді під час війни

(назва теми)

Виконав(ла): студент(ка) 4 курсу,

групи СН-112

Спеціальності С4 Психологія

(код і найменування спеціальності)

Освітня програма (спеціалізація)

Психологія

ЗОЛОТИХ В.В.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Керівник ПИЛИПЕНКО К.В.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Рецензент БУЛАНОВ В.А.

(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»
(повне найменування закладу вищої освіти)

Факультет соціальних наук
Кафедра «Психологія»
Ступінь вищої освіти бакалавр
Спеціальність 053 Психологія
(код і найменування)
Освітня програма (спеціалізація) Психологія
(назва освітньої програми (спеціалізації))

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

« 09 » _____ березня _____ 2026 року

З А В Д А Н Н Я
НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)

ЗОЛОТИХ Валерії Владиславівни

(ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Психосоматичні прояви тривожності у молоді під час війни

керівник проєкту (роботи) доцент Пилипенко Катерина Валентинівна,
(науковий ступінь, вчене звання, ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

затверджені наказом закладу вищої освіти від «9» березня 2026 року № 70

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) 01 червня 2026 року
3. Вихідні дані до проєкту (роботи) 100 сторінок, 51 джерело, 15 рисунків, 4 додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) було реалізовано ряд завдань: здійснено теоретико-методологічний аналіз феномену тривожності та особливостей її прояву в умовах війни; розкрито психологічні механізми трансформації емоційного напруження у тілесні симптоми (психосоматизації) та визначено вразливість молоді до стресових факторів; проведено емпіричне дослідження взаємозв'язку тривожності та її тілесних симптомів; зроблено кількісно-якісний аналіз і математико-статистичну інтерпретацію результатів дослідження; розроблено практичні рекомендації щодо видів психологічної допомоги та технік роботи з тілом для профілактики й корекції психосоматичних проявів.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): рис. 2.1. Розподіл відповідей щодо суб'єктивного відчуття внутрішнього напруження; рис. 2.2. Розподіл відповідей щодо суб'єктивного відчуття спокою (реактивна тривожність); рис 2.3 Розподіл відповідей щодо

суб'єктивного відчуття емоційного та рухового неспокою; рис 2.4. Розподіл відповідей щодо суб'єктивного відчуття захищеності від зовнішніх загроз; рис. 2.5. Розподіл відповідей щодо схильності до унікаючої поведінки; рис. 2.6. Розподіл відповідей щодо самосприйняття через призму особистісної тривожності; рис 2.7 Розподіл відповідей щодо схильності до дистимінних станів; рис. 2.8. Розподіл відповідей респондентів щодо здатності ідентифікувати власні емоції; рис. 2.9. Розподіл відповідей респондентів щодо здатності вербалізувати емоції; рис. 2.10. Розподіл відповідей щодо здатності до диференціації базових емоційних станів; рис. 2.11. Розподіл відповідей щодо схильності до зовнішньо-орієнтованого (екстернального) мислення; рис. 2.12. Розподіл інтенсивності скарг респондентів на головні болі (за шкалою від 0 до 4); рис. 2.13. Розподіл інтенсивності скарг респондентів на болі в шлунку; рис. 2.14. Розподіл інтенсивності скарг респондентів на відчуття загальної слабкості; рис. 2.15. Розподіл інтенсивності скарг на болі в шийно-комірцевій зоні та плечах;

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	ПРИЗВИЩЕ, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	прийняв виконане завдання
1	ПИЛИПЕНКО К.В., доцент	07.04.2026	12.04.2026
2	ПИЛИПЕНКО К.В., доцент	18.05.2026	19.05.2026
3	ПИЛИПЕНКО К.В., доцент	21.05.2026	25.05.2026
Нормок-ь	Стадник А.Г., доцент	25.05.2026	28.05.2026

7. Дата видачі завдання «25» лютого 2025 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проєкту (роботи)	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1	Попереднє узгодження теми дипломного проєкту (роботи) з керівником	25.02.2026	
2	Збір матеріалу та вивчення літературних джерел за темою дипломного проєкту (роботи)	02.03.2026	
3	Затвердження теми	09.03.2026	
4	Затвердження завдання на дипломний проєкт (роботу)	10.03.2026	
5	Складання змісту	13.03.2026	
6	Виконання першого розділу	13.04.2026	
7	Виконання другого розділу	08.05.2026	
8	Виконання третього розділу	20.05.2026	

9	Формування висновків	22.05.2026	
10	Перевірка роботи керівником	23.05.2026	
11	Оформлення дипломного проєкту (роботи)	25.05.2026	
12	Нормоконтроль та перевірка на запозичення	28.05.2026	
13	Попередній захист дипломного проєкту(роботи)	29.05.2026	
14	Подання роботи на кафедру	01.06.2026	
15	Одержання відгуку та рецензії	05.06.2026	
16	Захист дипломної роботи	09.06.2026	

Студент(ка)

(підпис)

Валерія ЗОЛОТИХ

(Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Керівник проєкту (роботи)

(підпис)

Катерина ПИЛИПЕНКО

(Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

РЕФЕРАТ

Бакалаврська робота: 100 сторінок, 51 джерело, 15 рисунків, 4 додатки.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити, як рівень тривожності впливає на виникнення специфічних соматичних скарг у молоді.

Об'єкт дослідження: психосоматичні прояви тривожності та механізми трансформації емоційного напруження у тілесні симптоми серед української молоді в умовах тривалого воєнного стресу.

Предмет дослідження: взаємозв'язок між рівнем особистісної тривожності та специфікою локалізації тілесних симптомів у молоді.

Гіпотеза дослідження: високий рівень тривожності негативно впливає на процес соціально-психологічної адаптації особистості до воєнного стану.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз, систематизація, порівняння та узагальнення наукових джерел, методичної та клініко-психологічної літератури за темою дослідження; Емпіричні (психодіагностичне тестування): Методика оцінки реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера; Торонтську шкалу алекситимії (TAS-20); Гіссенський опитувальник соматичних скарг (GBV-24); Кількісний та якісний аналіз отриманих емпіричних результатів, а також метод лінійної кореляції r-Пірсона.

Для обробки та візуалізації отриманих даних емпіричного дослідження застосовано програмне забезпечення Excel.

ТРИВОЖНІСТЬ, РЕАКТИВНА ТРИВОЖНІСТЬ, ОСОБИСТІСНА ТРИВОЖНІСТЬ, ПСИХОСОМАТИКА, СОМАТИЗАЦІЯ, АЛЕКСИТИМІЯ, ТІЛЕСНІ СИМПТОМИ, МОЛОДЬ, ВОЄННИЙ СТАН

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ТА ПСИХОСОМАТИКИ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	11
1.1. Теоретико-методологічні підходи до дослідження феномену тривожності та особливості її прояву.....	11
1.2. Психосоматика як механізм трансформації емоційного напруження у тілесні симптоми у молоді під час війни.....	22
1.3. Психологічні особливості молоді та їх вразливість до стресових факторів війни.....	28
Висновки до першого розділу.....	32
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ТРИВОЖНОСТІ ТА ЇЇ ТІЛЕСНИХ СИМПТОМІВ.....	34
2.1 Організація, етапи та психодіагностичний інструментарій дослідження психосоматичних проявів тривожності молоді	34
2.2. Кількісно-якісний аналіз та математико-статистична інтерпретація результатів соматизації тривожності у молоді під час війни.....	39
Висновки до другого розділу.....	63
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ.....	62
3.1. Види психологічної допомоги молоді в умовах війни для зниження рівня тривожності.....	62
3.2. Техніки роботи з тілом для зняття психоемоційної напруги.....	67
ВИСНОВКИ.....	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	85
ДОДАТКИ.....	80

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасна реальність створила незвичайний виклик для психологічного стану населення країни, оскільки жити в умовах війни – це дуже нелегко. Однією з найбільш чутливих груп у цій ситуації є молодь, яка зазвичай проводить роки навчання в університеті, розвиваючи свою ідентичність, будуючи життєві плани, обираючи кар'єрні шляхи та сепаруючись від батьків. Цей природний процес дозрівання був жорстко порушений триваючим конфліктом, оскільки молоде покоління не отримує того, що йому потрібно, і змушене жити серед постійних загроз, авіаударів та переселень

Цей розрив між вимогами віку та реальністю, як наслідок, призводить до виснаження адаптивних можливостей нервової системи. Молодь живе в постійній тривозі, яка зрештою перестає виконувати свою первісну роль самозахисту та стає джерелом руйнування. Коли обсяг емоційного навантаження перевищує здатність психіки справлятися зі стресом, а почуття страху та безнадії не мають здорового виходу, вдаючись до слів та вчинків, людина починає використовувати глибші механізми. Найпоширенішою формою такого механізму є соматизація. Психічні страждання, які є надто сильними для розуму, перетворюються на реальні фізичні прояви. Тіло людини діє як своєрідне сховище витіснених почуттів та травм. Таким чином, психосоматичні розлади серед молоді сьогодні переростають у невидиму епідемію.

З огляду на вищезазначені тривожні тенденції, існує нагальна потреба у вивченні деталей того, як ці ознаки проявляються під час війни. Сучасна психологія працює за принципом «органу-мішені», згідно з яким кожен організм реагує на стресові ситуації по-своєму. Це рішення не є довільним, оскільки на нього впливають генетичні фактори, структура нервової системи та навіть символічний зміст відчуття. З цієї причини молоді люди по-різному реагують на однакову кількість екзистенційної небезпеки. Деякі молоді люди відчувають неперероблену тривогу в шлунку, що порушує процеси травлення; в інших це провокує спазми

дихальних шляхів або тахікардію. Все частіше молоді люди відчують проблеми з опорно-руховим апаратом через постійний страх, який викликає мимовільне знерухомлення.

Теоретико-методологічне підґрунтя нашого дослідження базується на фундаментальних працях провідних науковців, які вивчали природу емоційних станів та їхній вплив на тілесність. Проблема розмежування страху та тривоги, а також глибинні механізми їх виникнення розглядалися у працях класиків психоаналізу та екзистенційно-гуманістичної психології, зокрема З. Фройда, К. Горні, Р. Мея, В. Франкла та І. Ялома. Особливості когнітивної інтерпретації стресових подій та руйнування базових ілюзій у ситуації травми досліджували А. Бек, А. Елліс та Р. Янофф-Бульман. Фундаментальне для нашої роботи розмежування тривожності на ситуативну (реактивну) та стійку (особистісну) ґрунтується на концепції Ч. Спілбергера.

Специфіка психосоматичних проявів та механізми конверсії емоційного напруження у тілесні симптоми ґрунтовно висвітлені в теорії специфічності Ф. Александера, дослідженнях П. Марті та М. де Мюсана щодо оперативного мислення, а також у концепції алекситимії П. Сіфнеоса. Тілесно-орієнтований та нейробіологічний підходи до розуміння руйнівних наслідків хронічного стресу розкриті у роботах В. Райха (теорія м'язового панцира), О. Лоуена, Б. Мак'юена (феномен алоstaticного навантаження), С. Порджеса (полівагальна теорія) та Г. Сельє. Дослідження психологічних особливостей становлення молоді базуються на підходах Дж. Арнетта.

Комплексний аналіз зв'язку між ступенем тривожності та локалізацією тілесних порушень стає, таким чином, не лише науковим інтересом, а й нагальною необхідністю. Знання цієї складної «мови тіла» дозволить об'єктивніше оцінити масштаби справді руйнівного впливу війни на молоде покоління. Основна мета, однак, цього дослідження має суто прикладний характер. Ці знання відкривають нові шляхи розробки інноваційних реабілітаційних програм. Знаючи механізми, за допомогою яких емоції перетворюються на хворобу, фахівці зможуть обрати

відповідні реабілітаційні методики, враховуючи як психічні, так і фізичні аспекти проблеми.

Об'єкт дослідження: психосоматичні прояви тривожності та механізми трансформації емоційного напруження у тілесні симптоми серед української молоді в умовах тривалого воєнного стресу.

Предмет дослідження: взаємозв'язок між рівнем особистісної тривожності та специфікою локалізації тілесних симптомів у молоді.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити, як рівень тривожності впливає на виникнення специфічних соматичних скарг у молоді.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми тривожності та психосоматичних розладів
2. Визначити психологічні механізми соматизації емоцій. Підібрати діагностичний інструментарій для вимірювання тривожності та локалізації тілесних скарг.
3. Емпірично дослідити зв'язок між високою тривожністю та конкретними групами симптомів
4. Розробити рекомендації щодо профілактики психосоматичних проявів тривожності

Гіпотеза дослідження: високий рівень тривожності негативно впливає на процес соціально-психологічної адаптації особистості до воєнного стану.

Для реалізації поставлених завдань, досягнення мети та перевірки гіпотез дослідження було використано комплекс взаємопов'язаних наукових методів:

- теоретичні: аналіз, систематизація, порівняння, узагальнення наукових джерел, методичної та клініко-психологічної літератури за темою дослідження для обґрунтування механізмів і проявів психосоматизації та формування дипломної роботи.

- емпіричні: метод тестування із застосуванням надійного та валідизованого інструментарію, що включав: методику оцінки реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера, Торонтську шкалу алекситимії (TAS-20); Гіссенського опитувальника соматичних скарг (GBV-24).

Методи математично-статистичної обробки даних: кількісний та якісний аналіз отриманих емпіричних результатів, а також метод лінійної кореляції r-Пірсона для встановлення наявності, характеру та сили взаємозв'язків між психологічними показниками тривожності, рівня алекситимії та специфікою соматичних скарг респондентів.

Практичне значення: матеріали, висновки та розроблені рекомендації дослідження можуть бути використані практичними психологами, психотерапевтами, соціальними працівниками, волонтерами та педагогами у практиці психологічної допомоги молоді під час війни. Систематизований комплекс тілесно-орієнтованих технік саморегуляції (діафрагмальне дихання, прогресивна м'язова релаксація, білатеральна стимуляція «Обійми метелика») може слугувати методичною основою для створення програм кризової стабілізації, тренінгів із розвитку життєстійкості, а також для проведення психоедукаційних занять для молоді в умовах війни з метою профілактики й корекції психосоматичних проявів тривожності

Емпіричне дослідження проводилося на базі Запорізького ліцею № 6. Усього в дослідженні взяли участь 53 особи віком від 16 до 25 років, що репрезентують період старшого підліткового та юнацького віку. З них 31 особа жіночої статі і 22 особи чоловічої. Збір емпіричних даних здійснювався в умовах воєнного стану, що дозволило зафіксувати особливості психосоматизації та рівні особистісної й реактивної тривожності респондентів в умовах реального тривалого воєнного дистресу.

Структура роботи містить в собі вступ, 3 розділи, висновки до кожного розділу, загальні висновки, список використаних джерел (51 джерело), 4 розділів додатків, 15 діаграм. Загальною робота містить в собі 106 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ТА ПСИХОСОМАТИКИ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1 Теоретико-методологічні підходи до дослідження феномену тривожності та особливості її прояву

Проблеми, пов'язані з тривогою, відіграють значну роль у сучасних психологічних дослідженнях, будучи фундаментальними для інтерпретації адаптивних та патологічних механізмів, що лежать в основі психологічної діяльності людини. Тому це питання набуває особливої актуальності у випадках глобальних криз, таких як війни та масштабні трагедії. Оскільки тривога перестає обмежуватися індивідуальними особливостями та переростає в соціально-психологічне явище. А саме у таких умовах тривога має значний вплив на якість життя та психофізичне благополуччя як окремих осіб, так і навіть цілих поколінь. При проведенні комплексного дослідження питань психосоматичного прояву тривоги у молоді важливо сформулювати концепцію та обов'язково визначити види тривоги, а також дослідити особливості перебігу тривожних розладів в умовах постійних екзистенційних загроз, які мають системний та руйнівний характер [12].

У науковому контексті слова «страх» та «тривога» часто використовуються як синоніми. Проте для розвитку теоретичного аналізу було б доречно розрізняти ці поняття. Зачатки згаданої вище диференціації були закладені в роботах Фрейда та отримали подальший розвиток в екзистенційній психології, насамперед, у роботах Серена К'єркегора та Ролло Мея. На думку екзистенціальних психологів, страх слід розглядати як первинний емоційний досвід, що виникає у відповідь на безпосередню реальну загрозу. Наприклад, на страх вибуху. Такі емоції мають свій конкретний об'єкт і стимулюють реакцію «тікати або битися». Це вказує на їхню адаптивну природу. На відміну від поняття страху, тривога вважається більш складним емоційним переживанням. Воно є дифузним і не має конкретного об'єкта,

а його джерелами є скоріше гіпотетична майбутня можливість небезпеки. Люди, які страждають від тривоги, не завжди можуть визначити, чого саме вони бояться. Це може бути викликано або несвідомо, або теоретично. Як зазначив Ролло Мей у своїй книзі під назвою «Значення тривоги», тривога виникає в ситуації, коли під загрозою знаходяться деякі основні людські цінності [34].

Існує різниця між тимчасовими станами тривоги та тривогою як відносно постійною рисою особистості. Це стосується регулярного виникнення тривоги у людини незалежно від обставин та умов. Еволюція теорій тривоги показує, що в цьому плані відбулися значні концептуальні зрушення. Фундамент психоаналітичного розуміння цієї проблеми заклав Зигмунд Фройд, який розглядав тривогу як сигнал про небезпеку, спричинену внутрішньою боротьбою між підсвідомими мотивами та соціальним тиском, і запропонував її чітку диференціацію.

Важливо звернути увагу на те, що він виокремив три ключові типи тривожності:

- реальна тривожність, що є раціональною відповіддю на об'єктивну зовнішню небезпеку. А це надзвичайно актуальним у контексті воєнних загроз
- невротична тривожність, яка виникає як страх перед невідомою чи невизначеною внутрішньою загрозою, коли его втрачає контроль над інстинктивними імпульсами.
- моральна тривожність або тривожність совісті, що постає як конфлікт особистості з власними моральними установками (Супер-Его). Саме ці внутрішні конфлікти, згідно з психоаналітичним вченням, часто стають першоджерелом соматизації. Це все відбувається тому, що невідреагована моральна чи невротична тривога трансформується у тілесний симптом.

Окремої уваги заслуговує еволюція поглядів Зигмунда Фрейда на функціональне призначення тривоги. У своїх пізніх працях (зокрема, «Гальмування, симптоми та тривога», 1926) він розробив сигнальну теорію тривоги. Згідно з цією концепцією, тривога розглядається як адаптивний сигнал Его про наближення небезпеки (внутрішньої чи зовнішньої). Цей сигнал вмикає

захисні механізми психіки, спрямовані на запобігання травматизації особистості [4;40]

Проте в умовах надмірного стресу, яким є війна, або через недозрілість Его, яке дуже властиво підлітковому та юнацькому віку, ці захисти можуть набувати деструктивних форм. Найбільш релевантним для нашого дослідження є описаний З. Фройдом механізм конверсії. Це процес, за якого психічний конфлікт, що не може бути вирішений свідомо або виражений словами, знаходить свій вихід через тілесну сферу. У такий спосіб психічне напруження трансформується у соматичний симптом (паралічі, болі, порушення чутливості), який стає своєрідним метафоричним посланням тіла про нестерпний внутрішній біль. Саме ця ідея «конверсійного симптому» заклала підвалини для розуміння психосоматичних розладів як мови тіла, що говорить тоді, коли мовчить свідомість [46].

Теорія, яка належить Карен Горні наголошувала на «базальній тривозі», яка описує відчуття самотності та вразливості, яке дитина переживає через суворий та недружній характер навколишнього світу. Психосоматичний процес у контексті теорії К. Горні розгортається через хронічне емоційне та вегетативне напруження. Дитина, що повністю залежить від дорослих, не може відкрито виявляти протест проти недружного ставлення. А це призводить до витіснення гніву в несвідоме. Постійна готовність до захисту від ворожого світу на думку дитини, тримає вегетативну нервову систему в стані гіперактивації [8]. Намагаючись адаптуватися, індивід несвідомо формує одну з трьох основних стратегій поведінки. Ці стратегії називаються рух до людей, проти людей чи від людей. Кожна з них створює специфічний тип внутрішнього конфлікту і провокує відповідні тілесні симптоми. При домінуванні стратегії «Рух до людей» людина повністю придушує власну агресію заради отримання любові, що через автоагресивне перенаправлення гніву призводить до мігрень, розладів ШКТ та хронічного м'язового болю. Стратегія «Рух проти людей» вимагає тотального контролю та ігнорування втоми, що тримає організм у постійному стресі та корелює з серцево-судинними патологіями. При домінуванні стратегії «Рух від людей» глибока емоційна ізоляція провокує розвиток алекситимії, через що внутрішнє напруження соматизується у вигляді

вегетативних кризів, алергічних реакцій та шкірних захворювань. Таким чином, психосоматичний симптом у парадигмі К. Горні є результатом дезадаптивного захисту від глибинної базальної тривоги, коли невирішений міжособистісний конфлікт перетворюється в тілесну патологію [8]

Когнітивно-поведінкова психологія, зокрема завдяки роботам Аарона Бека та Альберта Елліса, наголошує на особистісній інтерпретації подій. Тривога викликається не лише самими ситуаціями, а й, перш за все, тим, як людина їх оцінює. Когнітивні спотворення, такі як переоцінка ймовірності загрози (катастрофізація) або недооцінка власних ресурсів для подолання стресу, є ключовими факторами виникнення тривоги [3].

Екзистенційно-гуманний напрямок, що втілений у працях Віктора Франкла та Ірвіна Ялома, трактує тривогу як невіддільний елемент людського існування. Тут термін «екзистенційна тривога» означає усвідомлення таких суттєвих рис існування, як смертність, свобода волі, глибока самотність та відсутність заздалегідь визначеного сенсу життя. Також Віктор Франкл підкреслював, що тривога виникає через нездатність людини знайти сенс життя. Він вважав, що страждання та тривога є частиною життя, яку неможливо усунути, але яку можна наповнити сенсом. Спираючись на це можна розрізнити нормальну, тобто екзистенційну тривогу, яка спонукає до розвитку та прийняття відповідальності, і невротичну тривогу, тобто патологічну реакцію, що виникає через уникнення свободи та відповідальності [48;7]. Таким чином, роль тривоги висвітлюється щодо її патологічного аспекту та екзистенційного, який сприяє переживанню людського існування в цілому. А також важливо підкреслити, що усвідомлення смертності та обмеженості часу змушує людину жити більш свідомо, цінно та автентично.

Юнацький вік традиційно розглядається у віковій психології як сенситивний період для формування ідентичності, світогляду та пошуку життєвих смислів. За нормативних умов цей процес супроводжується природними філософськими роздумами про своє місце у світі. Проте, в умовах тривалого стресу, зумовленого воєнними діями та регулярними обстрілами, цей закономірний етап розвитку трансформується у глибоку ненормативну екзистенційну кризу [4].

Згідно з положеннями екзистенційної психології (Ірвін Ялом, Віктор Франкл, Ролло Мей), базовим конфліктом людського існування є конфронтація особистості з неминучістю смерті [34]. У мирний час психіка молодшої людини використовує механізми психологічного захисту, які витісняють думки про власну скінченність, створюючи ілюзію невразливості та безмежності майбутнього часу. Однак, перебування у країні, де йде війна та безпосередній ризик для життя руйнують ці захисні бар'єри. Зіткнення з вітальною загрозою радикально актуалізує страх смерті, змушуючи підлітків та молодь передчасно стикатися з екзистенційними даностями буття [33].

У сучасній когнітивній психології травми (зокрема, у концепції Ронні Янофф-Бульмана цей стан описується як крах базових ілюзій. Молода людина різко втрачає віру в те, що світ є безпечним, справедливим, а події в ньому контрольованими та передбачуваними. Наслідком цього стає тотальна втрата почуття онтологічної -буттєвої безпеки. Юнаки та дівчата починають ставити собі глобальні філософські питання: «Який сенс будувати довгострокові плани, здобувати освіту чи планувати кар'єру, якщо життя може обірватися будь-якої миті?». Це породжує нездатність або небажання планувати своє життя на роки вперед [45].

Такий когнітивний дисонанс часто призводить до стану, який Віктор Франкл визначав як «екзистенційний вакуум», тобто відчуття внутрішньої порожнечі, беззмістовності та абсурдності того, що відбувається. У поведінковій та емоційній сферах це проявляється через апатію, гіперрефлексію, відчуття самотності та фаталізм. Молодь стикається з парадоксом. Маючи величезний біологічний та інтелектуальний потенціал для розвитку, вони опиняються в умовах, де реалізація цього потенціалу здається неможливою або позбавленою сенсу.

Критично важливим для нашого дослідження є той факт, що невідреагована екзистенційна тривога не залишається виключно у філософсько-когнітивній площині. Відчуття безпорадності перед екзистенційною загрозою генерує колосальну кількість психічної напруги. Якщо молода людина не знаходить нових

смыслів і не здатна вербалізувати свій екзистенційний страх, то ця напруга неминуче шукає вихід через тілесні канали [13].

Таким чином, психосоматичні розлади у молоді в умовах війни варто розглядати як тілесний маніфест глибинної екзистенційної кризи. Коли свідомість не здатна опрацювати абсурдність постійної загрози небуття, страх смерті конвертується у цілком реальні соматичні симптоми. Наприклад головні болі, порушення травлення, панічні атаки та стан хронічного виснаження організму, який намагається вижити в умовах зруйнованої онтологічної безпеки [32].

Сучасна наукова концепція тривоги розвивається на тлі різноманітних теоретичних підходів і допомагає глибше вивчати природу та функції тривоги. Щоб досягнути багатовимірності феномену тривожності, варто вийти за межі психоаналітичної парадигми та розглянути, як цей стан трактується в інших ключових психологічних школах. Кожна з них додає свій важливий пазл до загальної картини розуміння того, як стрес захоплює людську свідомість і тіло.

Зовсім інший, прагматичний погляд пропонує біхевіоризм. У межах поведінкового підходу тривога розглядається як закріплений умовний рефлекс, тобто завчена реакція на загрозовий стимул. Людина не народжується з тривогою, а навчається боятися певних ситуацій через негативний досвід. У наших сучасних реаліях це пояснює формування стійких тілесних реакцій на специфічні тригери: звук, схожий на сирену, автоматично запускає викид адреналіну та м'язовий спазм, навіть якщо свідомість розуміє, що це лише гуркіт автомобіля. Нервова система просто відтворює завчений патерн небезпеки [29].

Своєю чергою, гуманістична психологія зміщує фокус на екзистенційні та особистісні сенси. Згідно з концепціями Карла Роджерса та Абрагама Маслоу, тривожність виникає тоді, коли блокується природне прагнення людини до самоактуалізації або руйнується задоволення її базових потреб. Для молоді стан хронічної тривоги часто є наслідком катастрофічного розриву між «Я-ідеальним», тобто ким я хотів би бути і що робити у свої студентські роки та «Я-реальним» – ким я змушений бути в умовах війни. Коли базова потреба в безпеці тотально

фрустрована, психіка втрачає точку опори, генеруючи дифузну, всеохопну тривогу [2].

Проте чи не найвлучнішою для нашого дослідження соматизації є позиція гештальт-психології. Фріц Перлз визначав тривогу через дуже цікаву формулу. Ця формула – це розрив між «зараз» і «потім». На його думку, тривога виникає тоді, коли людина відривається від реальності теперішнього моменту і подумки переносить себе в майбутнє, прогножуючи катастрофи. Більше того, у гештальт-підході тривога тісно пов'язана з тілесним блокуванням. Перлз вважав її «заблокованим збудженням», тобто енергією, яка виникла для дії, але не знайшла виходу через страх або соціальні обмеження. Не маючи можливості розрядитися назовні, ця життєва енергія зупиняється в тілі у вигляді м'язового панцира, порушень дихання чи болів у внутрішніх органах, що безпосередньо відкриває шлях до психосоматичних розладів [19;10].

У контексті емпіричних досліджень психосоматичних проявів особливе значення набуває концепція, запропонована американським психологом Чарльзом Спілбергером. Він винайшов дві суттєві форми тривожності – реактивну та особистісну. Це модель, що поділяє тривожність на ситуативну (реактивну) та стійку (особистісну). Вона здобула статус стандарту у психодіагностиці завдяки своїй здатності адекватно відображати різновиди тривожних переживань.

Зокрема, Чарльз Спілбергер пропонує дивитися на тривожність через призму двох її станів. Перший – це реактивна тривога. Її можна порівняти з індикатором на панелі приладів. Вона миттєво спалахує у відповідь на конкретну загрозу «тут і зараз». Це тимчасовий стан, що змушує вегетативну нервову систему мобілізувати всі ресурси. Звідси й беруться добре знайомі всім прискорене серцебиття, тремтіння, зміна ритму дихання чи раптові м'язові спазми. Щойно небезпека минає, наприклад, після завершення іспиту або відбою повітряної тривоги чи вибухів, цей індикатор поступово згасає. Організм повертається до норми.

Особистісна тривожність відрізняється більш стабільним характером. Вона являє собою індивідуальну психологічну характеристику і передбачає схильність

оцінювати навіть об'єктивно безпечні події як потенційно загрозливі для самооцінки, життєдіяльності або цінностей індивіда. Люди з високим рівнем цієї форми тривожності виявляють схильність до посиленої реактивної відповіді при зустрічі з такими ситуаціями. Вони фактично перебувають у стані постійного пошуку можливих загроз у навколишньому середовищі [18].

У рамках дослідження психосоматичних розладів важливо виділити, що підвищений рівень особистісної тривожності розглядається як значущий фактор ризику. Адже в таких осіб постійна активація симпатoadреналової системи зберігає їхній організм у стані фізіологічного напруження за відсутності реальної потреби у фізичній боротьбі або діях, здатних ліквідувати загрозу. Ця хронічна мобілізація не знаходить адекватної розрядки, що спричиняє тривалі м'язові напруження, а також виснаження певних систем організму. Згодом це продукує появу симптомів, які локалізуються у так званих органах, які є мішенями, а далі виступають соматичним проявом психологічної напруги. Такий механізм дозволяє краще зрозуміти, яким чином особистісна тривожність трансформується у психосоматичні розлади. Це відкриває нові шляхи для діагностики і терапії [18;11]

Війна, як масштабна соціальна травма, суттєво трансформує спосіб переживання тривожності, роблячи цей стан не просто реакцією, а суттєвим чинником впливу на психіку та фізіологію людини. Сучасні дослідження у галузі психології кризових станів виділяють низку особливостей воєнного стресу, які суттєво відрізняють його від інших форм стресових реакцій, перетворюючи тривогу з корисного адаптивного механізму на фактор, що здатен завдати шкоди [12].

Насамперед варто звернути увагу на те, що воєнний конфлікт характеризується затяжним впливом екзистенційної загрози, що триває без явного завершення. Для сучасного українського студента це означає необхідність щоденно балансувати між навчанням і виживанням. Підготовка до семінарів чи написання дипломної роботи часто перериваються нічними спусканнями в укриття, моніторингом новин та хвилюванням за близьких. Психіка просто не отримує достатньо часу на повноцінне відновлення. Відбувається те, що класики стресології

називали «застряганням» у фазі опору описаному Гансом Сельє, що врешті-решт веде до виснаження нервової системи і проявів соматичних розладів. Організм молодих людей працює на межі своїх можливостей, витрачаючи колосальні ресурси на те, щоб просто підтримувати ілюзію нормального життя [31].

Ще одним дуже важливим моментом є те, що на фоні війни з'являється феномен тотальної невизначеності. Він руйнує фундаментальні когнітивні переконання про світ, що прийнято називати базовими ілюзіями безпеки і контролю. У звичних умовах людина вірить у відносну передбачуваність світу, у власну здатність керувати життєвими обставинами. Втручання воєнного конфлікту знищує ці уявлення, викликає глибокий розлад у сферах планування та самореалізації. Особливо гостро це позначається на молоді. Віковий період студентства традиційно пов'язаний із формуванням професійної ідентичності, встановленням життєвих цілей та автономії від родини, однак в умовах війни ці процеси пригнічуються, блокуються. Основним завданням стає просто виживання. Відсутність можливості формувати навіть короткострокові перспективи породжує дифузне відчуття тривоги екзистенційного рівня, яка проникає у всі сфери повсякденного життя і робить її постійним фоном свідомості

Варто зазначити що особливістю тривожності під час воєнного стану є невизначеність і непередбачуваність загроз. Небезпека може виникнути в будь-якому місці й у будь-який момент. Це створює невизначеність звичних меж психологічної безпеки. У результаті важко відокремити адекватний страх, що є природною реакцією на конкретну загрозу, від патологічної тривожності, яка переростає у хронічний психоемоційний стан [20].

Ще одним унікальним аспектом є явище тимчасової адаптації до високого рівня тривожності, що за воєнних умов служить своєрідним механізмом виживання. [19] Підвищений рівень напруженості спонукає своєчасно реагувати на сигнали небезпеки. В наших сучасних умовах це сховатися, підготувати необхідні речі, швидко змінювати дії. Водночас психічна система не призначена для тривалого утримання такої інтенсивності переживань. Щоб уникнути психічних розладів, активуються захисні механізми, такі як емоційне оніміння,

витіснення або ізоляція афекту. Ці психологічні стратегії дозволяють зберегти функціональність, проте водночас сприяють накопиченню невідрагрованої тривоги [17].

Цей момент стає критичним для переходу тривожних станів у психосоматичні прояви. Хоча індивід може свідомо переконувати себе у власній стабільності, звиканні або успішному подоланні стресу, відсутність вербалізації тривоги часто спричинює формування набутої алекситимії. Алекситимія проявляється в неспроможності розпізнавати та висловлювати власні емоції. Однак пригнічена емоція не зникає, а поглиблюється і проявляється через соматичні симптоми [6]. Таким чином, тіло бере на себе роль контейнера психічного болю, відповідаючи фізіологічними реакціями на нерозкриті емоційні напруження.

Говорячи про особливості тривожних станів саме зараз, у розпал війни, ми маємо розуміти, що класичні визначення тривоги вже не зовсім точно описують стан української молоді. Сьогодні тривожність стала чимось на кшталт «фоновому шуму», до якого ми начебто звикли, але який продовжує руйнувати нас ізсередини. Найбільш вираженою рисою є стан гіперпильності. Це коли ти мимоволі прислухаєшся до кожного звуку на вулиці, плутаючи гуркіт вантажівки зі звуком вибуху, або постійно перевіряєш стрічку новин, навіть розуміючи, що це лише посилює страх [21].

Така тривога вже перетворюється на виснажливе очікування катастрофи, яке в психології називають антиципаційною тривожністю [22]. Для молодих людей це особливо болісно, бо руйнується сама можливість планувати життя хоча б на місяць вперед. Виникає специфічний ефект «відкладеного життя», де тривога за майбутнє блокує активність у теперішньому. Справа в тому, що юнацький та студентський вік є періодом максимальної активності, коли закладаються фундаменти кар'єри, будуються глибокі міжособистісні стосунки та відбувається сепарація від батьків, переїзди. Проте реалії війни змушують ставити всі ці природні процеси на вимушену паузу. Молода людина опиняється у своєрідній психологічній пастці, постійно чекаючи вдалого моменту або завершення бойових дій, щоб нарешті дозволити собі жити на повну силу.

Ця неможливість реалізувати свій потенціал тут і зараз породжує глибоке відчуття втраченого часу. Замість того щоб діяти, психіка ніби завмирає в режимі очікування, супроводжуючись постійним страхом, що найкращі роки безповоротно минають. Таке усвідомлення власної безпорадності та відчуття вкраденої молодості формує потужний емоційний тиск. Оскільки людина не може постійно витримувати біль цієї фрустрації, нереалізована життєва енергія та пригнічений гнів починають шукати альтернативні шляхи виходу. Найчастіше ця заблокована активність спрямовується всередину, руйнуючи організм через хронічну тілесну напругу та провокуючи розвиток психосоматичних захворювань [27].

Крім того, не можна ігнорувати роль цифрового середовища: постійний моніторинг Telegram-каналів та відео з місць подій створює ефект безперервної травматизації. Психіка просто не встигає опрацювати таку кількість негативу. Оскільки ми часто змушені стримувати свої реакції, щоб залишатися функціональними, цей надлишок напруги автоматично шукає вихід через тіло. Саме тому ми спостерігаємо такий сплеск психосоматичних скарг. Емоційний ресурс вичерпано, а тому тіло починає сигналізувати про небезпеку через фізичний біль, стаючи єдиним доступним способом виразити те, що неможливо описати словами [50].

Досліджуючи природу тривожних станів, окрему увагу варто приділити феномену інформаційного дефіциту та непереносимості невизначеності. З точки зору когнітивної психології, тривога є базовою реакцією на ситуацію невідомості. Коли людина стикається з тим, чого не може спрогнозувати, її мозок автоматично класифікує це як загрозу. У нормальних умовах процес пізнання та отримання нових даних працює як ефективний транквілізатор: щойно інформаційний вакуум заповнюється, до особистості повертається суб'єктивне відчуття контролю над ситуацією, і рівень тривоги знижується [38].

Проте в реаліях воєнного стану цей класичний механізм адаптації часто дає збій. Намагаючись впоратися з паралізуючим страхом перед невідомим майбутнім, молоді люди потрапляють у пастку компульсивного споживання новин. Здається, що постійний моніторинг ситуації має принести розуміння і спокій. На практиці ж

відбувається зворотний ефект: замість зниження невизначеності, надлишок суперечливої та травматичної інформації руйнує останні ілюзії безпеки. Психіка опиняється в замкненому колі, де спроба втамувати інформаційний голод лише розкручує спіраль тривожності, яка зрештою шукає вихід через психосоматичні прояви [1].

Також говорячи про причини тривожного стану, необхідно наголосити на такому компоненті, як когнітивний. На зв'язку між високою інтенсивністю інтелектуальної роботи та розвитком гіпертривожності. Одна з ідей, яка є досить популярною в сучасній психологічній науці, полягає в тому, що високорозвинений інтелект людини можна вважати пасткою. Інтелектуальні здібності, такі як здатність до глибокого аналізу та критичного мислення, дозволяють молодій людині розробляти різні сценарії майбутніх ситуацій. Проте, на тлі війни та небезпеки майже всі прогнози стають вкрай песимістичними. Нездатність знайти вихід призводить до розвитку румінації, тобто безперервного та виснажливого споглядання тривожних ідей. Чим більше людина намагається зрозуміти непередбачувану та неконтрольовану ситуацію, тим вищу напругу вона відчуває. Це створює парадокс, високий інтелект, який повинен допомогти людині адаптуватися, є джерелом надзвичайної тривожності через усвідомлення всіх можливих ризиків. [4;24]. Якщо процес гіпераналізу стає хронічним, розумові ресурси повністю виснажуються. Не маючи змоги розірвати цей ланцюг думок та вплинути на об'єктивну реальність, людина звільняє всю накопичену напругу на фізичному рівні. Тому можна зробити такий висновок, що високий інтелект, а саме здатність аналізувати, дивитись наперед і бачити ситуацію з різних сторін підвищує рівень тривоги у людини, яка з часом може стати психосоматичним проявом.

Підсумуємо це так, що у контексті воєнного стану тривожність молодих людей набуває хронічного та екзистенційного характеру. Це характеризується виснаженням психічних резервів в умовах тотальної невизначеності і тривалого стресового впливу. Цей психологічний стан створює сприятливий фундамент для переходу емоційного навантаження до соматичних розладів, що підкреслює актуальність подальшого дослідження механізмів психосоматизації в таких

соціальних умовах. Такий аналіз стає важливим внеском до розуміння того, як психічне здоров'я і фізичний стан взаємодіють в екстремальних життєвих обставинах, що дає змогу розробляти ефективнішу підтримку для постраждалих від військових конфліктів.

1.2. Психосоматика як механізм трансформації емоційного напруження у тілесні симптоми

Як емоція, будучи абсолютно нематеріальною, перетворюється на щось цілком матеріальне, наприклад фізичний біль – є, мабуть, найскладнішою, але водночас і найцікавішою проблемою сучасної психології. Психосоматика, що походить від психіки – душа та соми -тіло, розглядає людину як невід'ємну сутність її фізіології та психології [41]. У рамках нашого дослідження ми розглядаємо феномен психосоматизації як мову тіла, за допомогою якої тіло намагається спілкуватися щодо необроблених болісних емоцій.

Протягом історії було розроблено низку теорій, які допомагають пояснити процес трансформації емоцій у соматичні прояви.

Можливо, перший суттєвий крок до розуміння механізмів цього процесу зробив Зигмунд Фройд, розробляючи свою теорію конверсії. Вона припускала, що невіршений і пригнічений конфлікт, який зазвичай пов'язаний з деякими забороненими бажаннями, буде символічно перетворений на соматичний прояв. Наприклад, невиражений гнів може проявлятися через втрату голосу або відчуття кому в горлі. Незважаючи на розвиток науки з тих часів, припущення про те, що соматичні прояви несуть символічне значення, залишається справедливим [40;46].

Більш актуальною та придатною для нашого дослідження є концепція психосоматичної теорії Франца Александера, творця Чиказької школи психосоматики. Він запропонував теорію специфічності, згідно з якою емоційні конфлікти провокують розвиток певних фізіологічних реакцій. Як стверджував Франц Александер, той факт, що такі емоції, як гнів і страх, не можуть бути

виражені через дії, запускає процес постійної стимуляції вегетативної нервової системи, що згодом призводить до розладів органів [11].

Основним психологічним механізмом, що пояснює, чому молоді люди схильні розвивати фізичні симптоми під час війни, є алекситимія, розроблена Пітером Сіфнеосом. В умовах тривалого та інтенсивного воєнного стресу психіка часто не витримує навантаження, через що молоді люди втрачають здатність розпізнавати, вербалізувати та проживати власні почуття. Оскільки цей емоційний біль не знаходить виходу через слова та усвідомлення, невідреагована напруга акумулюється і трансформується у фізичні симптоми (наприклад, розлади травлення, головні болі, м'язові спазми), змушуючи тіло «говорити» замість психіки [36].

У часи воєнного стану молода людина змушений заморожувати свої емоції, щоб зберегти здатність ефективно працювати. Якщо він досягає стану надмірної тривожності та не може вербально висловити це почуття, відбувається психологічне явище, яке французькі психоаналітики Мішель де Мюсан та П'єр Марті описали як оперативне мислення. Це означає, що в такий момент психіка людини функціонує виключно на автоматичному рівні. В цей момент немає яскравих емоцій чи фантазій. Таким чином, замість того, щоб лікуватися психологічно, тривога одразу переноситься на фізичний план, і тіло виконує те, чого не змогла виконати душа [12].

Ключовим питанням нашого дослідження є вибір «органу-мішені». Чому одні люди відчувають мігрень від тривоги, а інші можуть відчувати біль у суглобах? Існує кілька критеріїв, встановлених наукою у виборі органу-мішені. Наприклад генетична схильність. Це означає, що кожна людина від народження має певну систему органів, яка особливо чутлива до негативних факторів. У стресовій ситуації цей орган стає слабкою ланкою, яка легко ламається. Далі перейдемо до теорії функціональних систем. Згідно з цією теорією, коли людина в тривожній ситуації вдається до певної поведінки, наприклад, завмирає або намагається втекти, то системи органів, які контролюють цю конкретну реакцію, стають більш вразливими. Так, страх перед майбутнім і відсутність можливостей

рухатися вперед можуть, до прикладу, викликати біль і дискомфорт у нижніх кінцівках. Символічна локалізація. Навіть у науковій психології використовується поняття «соматичних метафор». Іншими словами, це означає, що тіло демонструє щось, що неможливо виразити словами.

- дихальна система – горло, легені: реагує на відчуття недостатнього простору, нездатності глибоко дихати або на необхідність придушити свої страждання

- шлунково-кишковий тракт: є місцем соматизації переживання чогось, що неможливо перетравити, неприйняття реальності війни, удару, поганих новин або зміни життєвих обставин.

- опорно-рухова система – хребет, кінцівки: символізує переживання нестерпного навантаження або відповідальності, втрати життєзабезпечення та, як наслідок, тривоги втрати стабільності. [46]

В умовах воєнного стану механізм трансформації тривоги у фізичний симптом пронизаний регресивними характеристиками. В умовах ворожості у зовнішньому середовищі особистість може несвідомо повернутися до більш архаїчної форми реагування. Для немовляти тіло служить єдиним засобом комунікації. Для дорослої людини у воєнний час тіло знову стає основним засобом вираження страждань [11:46].

Тривалий воєнний стрес призводить до стану хронічної гіперреактивності. Організм постійно виробляє кортизол та адреналін, готуючись до небезпеки. Оскільки фізичної розрядки такої як справжньої боротьби або втечі часто не відбувається, ці гормони починають руйнувати власні тканини організму. Виникає так званий психосоматичний цикл:

Тривога – М'язова напруга – Порушення кровообігу в певній ділянці – Біль -Нова тривога через біль [43].

Для студентів цей процес посилюється фактором соціальних очікувань. Молода людина відчуває себе зобов'язаною бути сильною, незламною, продовжувати навчання та волонтерство. Це створює внутрішній конфлікт між природною людською слабкістю та соціальною маскою стійкості. Фізичний

симптом у цьому випадку стає простим способом вираження своєї втоми та безпорадності, що не засуджується суспільством так само, як психологічна слабкість.

Вибір соматичної локалізації тривоги не можна обговорювати без урахування нейробіологічних основ психосоматизації. Згідно з сучасною нейропсихологією, важливу функцію у розвитку стабільних фізичних скарг виконує гіпоталамус-гіпофізарно-надниркова вісь (вісь ГГН). У випадках тривоги, пов'язаної з умовами війни, вісь ГГН постійно перебуває в стані гіперактивації. В результаті виникає концепція, введена Брюсом Мак'юеном і відома як «алостатичне навантаження», що означає погіршення механізмів організму внаслідок стійкої адаптивної реакції. Якщо нейроендокринна система не встигає відновити гомеостатичний баланс, розвивається процес десенсибілізації рецептора кортизолу, а потім запальні реакції в органах-мішенях [43; 9]

Особливо актуальною у випадку воєнного стресу є теорія полівагальності Стівена Порджеса. У своїх працях Порджес описує процес психосоматичного формування з точки зору активності блукаючого нерва. За його словами, якщо немає можливості впоратися з уявною загрозою такою як, коли людина опиняється в положенні пастки, людина мимоволі перемикається на найдавніший тип самозахисту, тобто дорсальну вагусну реакцію або завмирання. На біологічному рівні така ситуація призводить до метаболічного гальмування, дисоціації та порушень функціонування серцевої та травної систем. Саме це завмирання у відповідь на неминучий терор призводить до перетворення соматичних симптомів на хронічний стан у молоді, яка відчувається безсилою в геополітичній метушні [5].

Другим важливим елементом нашого дослідження буде теорія м'язового панцира Вільгельма Райха, яка дозволить нам розшифрувати локалізацію симптомів у опорно-руховій системі. За Вільгельмом Райхом, кожна емоційна травма залишає свій відбиток у вигляді хронічних м'язових затискачів. Було встановлено сім сегментів м'язового панцира. Це очний, ротовий, шийний, грудний, діафрагмальний, черевний та тазовий.

А якщо розглядати тривожність, яку відчуває молодь під час війни, можна відзначити такі затискачі:

- грудний та шийний сегменти: тривога, пов'язана з нездатністю плакати, кричати або відчувати гнів, що виражається у стисненні в грудях, утрудненому диханні та постійному болю в шії.

- черевний та тазовий сегменти: прояв тривоги у вищезгаданих областях виникає через глибокий жах знищення, відсутність безпеки та підтримки [39].

Що стосується болю в нижніх кінцівках – ногах, від якого страждають багато підлітків і вважають його основним джерелом свого дискомфорту, то, згідно з біоенергетикою Олександра Лоуена, це говорить про певну проблему з принципом заземлення: людина втрачає зв'язок із землею та реальністю [42].

У контексті нашого емпіричного дослідження цей аспект видається надзвичайно важливим. Ми припускаємо, що саме молодь, яка через війну опинилася в ситуації втрати життєвих опор. Це вимушені переїзди, втрата звичного оточення, непевність у майбутній професії. Найчастіше демонструється соматизація саме через дисфункції опорно-рухового апарату. Тіло сигналізує про неможливість твердо стояти на ногах у нестабільному світі.

Окрім усього цього, ще одним фактором, який відіграє роль у трансформації емоційного стану, є феномен соматосенсорної ампліфікації, підвищена сприйнятливність до звичайних фізичних подразників та їх сприйняття як сильних, тривожних та патологічних [11]. У воєнний час поріг реактивності на відчуття, що виникають від власного тіла, різко падає. Кожне прискорене серцебиття або незначний біль у животі можна розглядати лише як ознаки загрозливої для життя небезпеки, створюючи таким чином замкнене коло.

Соціокультурний аспект також слід враховувати стосовно психосоматизації. В українській культурі, яка зараз переживає період опору і захисту, існує неписане правило не показувати свою слабкість, депресію чи паніку. Фізичні недуги ж розглядаються як вагома відмовка для зниження продуктивності або потреби в допомозі. Підсвідомість воліє використовувати соматизацію, щоб виразити внутрішній біль у прийнятний спосіб [33].

Психосоматичний прояв структури тривожності у молоді у воєнний час є фізіологічним збоєм в організмі і складною багатовимірною реакцією системи Людина-Світ. Прояви включають порушення нейроендокринної регуляції, м'язову реакцію, соціокультурне посередництво та символічне вираження невідреагованих емоцій [12]. Саме такий цілісний погляд на психосоматичні дослідження дозволяє перейти до аналізу вікових особливостей молоді в Україні.

1.3. Психологічні особливості молодіжного віку та їх вразливість до стресових факторів війни.

Віковий інтервал між 16 і 25 роками, з точки зору психологічної парадигми сучасного періоду, розглядається як життєво важливий перехідний період, що охоплює пізню підліткову юність та стадію дорослості. Виходячи з ідеї, висунутої Джеффрі Арнеттом, вищезгадана стадія характеризується максимальним розвитком прагнення до пошуку ідентичності, сприйняттям себе як проміжної соціальної ролі та нестабільністю. Ця стадія називається становленням дорослості. Під впливом військової агресії такі вікові риси трансформуються у вразливі психологічні сфери. Невивільнена тривога формує основу для соматичної конверсії [30].

Нейробіологія доводить, що дозрівання мозку в цей період відбувається асинхронно. Лімбічна система, яка генерує афективні реакції, наприклад, такі як страх, агресію, тривогу, досягає свого піку функціональності вже в підлітковому віці (16 років). Префронтальна кора, що відповідає за виконавчий контроль, раціоналізацію та гальмування імпульсів, завершує формування майже на 10 років пізніше. Цей функціональний розрив створює ситуацію, коли емоційна реакція на воєнний стрес є надмірною. Когнітивні механізми для його обробки ще недостатньо сформовані. В умовах постійних обстрілів та соціальної небезпеки мигдалеподібне тіло молоді перебуває в стані гіперактивації. Оскільки префронтальний контроль не встигає заспокоїти лімбічну бурю, то надлишковий імпульс збудження скидається на органи вегетативної системи, що проявляється

тахікардією, порушеннями дихання та м'язовими спазмами [9]. Як показують сучасні дослідження в галузі нейропсихології, наприклад праці Джея Гідда, який на основі МРТ-дослідження зробив висновок, або роботу Лоуренса Стейнберга, який вивчав ризиковану поведінку та дозрівання гальмівної системи мозку свідчать те, що дозрівання префронтальної кори головного мозку, яка пов'язана з такими здібностями, як оцінка ризиків, відповідальність та довгострокове планування, а також соціальний контроль поведінки, завершується лише у віці 23-25 років [26].

Долаючи двадцятирічний бар'єр, молодь переживає глибоку біологічну трансформацію, коли відчуття невразливості та ризиків поступово замінюється розумінням потенційних наслідків. Як тільки лобові частки дозрівають, людина набуває здатності встановлювати причинно-наслідкові зв'язки між своїми діями та можливими результатами. У мирній обстановці це невід'ємний процес становлення дорослої людини. Але під час війни така особливість грає злий жарт із психікою. Людина стає здатною сприймати реальні масштаби небезпеки та невизначеності життя. В цей момент це вже відбувається з нейробіологічної точки зору. Відчуття підвищеної відповідальності за себе, за близьких і дорогих людей викликає у молоді постійне занепокоєння [37].

Виходячи з ідей Еріка Еріксона, головною метою етапу 16–25 років є досягнення цілісності самопізнання [30]. Війна служить елементом, перешкоджаючим природному розвитку особистості. Коли плани на майбутнє стають безглуздими, виникає феномен дифузії ідентичності.

У підлітковому та юнацькому віці базові ілюзорні переконання такі як «світ безпечний», «світ справедливий», «я цінний» формують основу психологічного благополуччя. Травма, спричинена війною, призводить до руйнування всіх цих фундаментальних припущень. Розчарування в безпеці світу призводить до постійного стану екзистенційної тривоги. Не маючи змоги словесно висловити це жахливе відчуття порожнечі, юнак намагається сприйняти його фізично. Водночас тіло стає єдиною сферою, в якій індивід все ще відчуває контроль. Проте саме тіло стає мішенню для соматичних розладів [48].

Щоб пояснити наслідки тривоги для молоді, ми звернемося до ідеї алостатичного навантаження, розробленої Брюсом Мак'юеном. Ідея описує те, скільки людина платить своїм здоров'ям і самопочуттям за довгу адаптацію до актуального стресу. Тут задіюються декілька систем: нейроендокринна, серцева, судинна, імунна. Коли алостатичне навантаження переходить в алостатичне перевантаження стрес починає руйнувати найслабшу точку в організмі на цей період. Це тягар, який покладається на організм через те, що він змушений адаптуватися до стресу [43].

Молодь віком 16-25 років під час війни переживає стан гіперпильності. Постійна готовність реагувати на загрозу призводить до підвищеного вироблення кортизолу в надмірних кількостях. Будучи молодою та маючи інтенсивний метаболізм, людина швидко виснажує свої органи [15]. Зокрема, буде завдано шкоди:

- травній системі через її нездатність засвоювати реальність (функціональна диспепсія, спазми);
- опорно-руховій системі через постійний стан м'язової броні, згаданий Вільгельмом Райхом та Александром Ловеном, що відображає готовність до боротьби/втечі, яку неможливо задовольнити фізично [39]
- імунній системі через частий розвиток захворювань респіраторного характеру. Психологічно їх можна розглядати як можливість легального відступу від нестерпних соціальних обов'язків.

Серед особливостей сучасної української молоді слід виділити феномен перебування у віртуалізованому стресовому середовищі. Згідно з дослідженнями Наомі Айзенбергера, соціальна ізоляція та самотність стимулюють ті самі ділянки мозку – передню поясну кору, які реагують на біль. Якщо розглядати це з точки зору еволюції, то самотність, відторгнення, відмова чи ізоляція сприймається, як потенційна загроза чи небезпека виживанню. Тому мозок адаптував вже наявну систему мозку, яка призначена для душевного болю. Саме тому тривале почуття самотності чи стрес від розриву стосунків неминуче переростають у реальні тілесні симптоми та психосоматичні захворювання [16].

Специфіка сучасного навчання відіграє тут роль каталізатора стресу. Тривалий дистанційний формат під час пандемії, який плавно перейшов у дистанційне навчання через повітряні тривоги та блеаути, розірвав звичне студентське ком'юніті. Друзі та одногрупники розкидані по різних містах чи країнах, що породжує гострий дефіцит живого, неформального спілкування. Для мозку молодої людини така соціальна депривація є не менш травматичною, ніж фізичний удар. Зниження рівня окситоцину, який виробляється соціально, підвищує загальну тривожність. У результаті спрацьовує механізм соматосенсорної ампліфікації. Соматосенсорна ампліфікація – це психологічна та нейробіологічна схильність сприймати звичні, незначні тілесні відчуття як надмірно інтенсивні і небезпечні [11]. Будь-який незначний дискомфорт, наприклад, звичайна втома очей від монітора чи легкий спазм у шлунку роздувається психікою до масштабів серйозного симптому

Слід також врахувати термін «моральна травма», введений Джонатоном Шей [44]. Сьогодні українська молодь часто стикається з феноменом провини вцілілого або відчуттям своєї недостатньої залученості. Намагаючись впоратися з цією моральною травмою, студенти часто поринають у гіперактивне волонтерство, допомогу іншим, беруть на себе відповідальність за тих, хто постраждав під час обстрілів. Поєднуючи це все з паралельним навчанням та роботою. Формується патерн продуктивності, де відпочинок сприймається як слабкість або навіть зрада. Закономірно, що в таких умовах самоспрямована агресія соматизується. Оскільки свідомо людина не дає собі права на паузу, її тіло бере контроль у свої руки. Фізична хвороба, чи то важка застуда, чи загострення гастриту стає єдиним легітимним способом змусити молоду людину зупинитися і дозволити собі елементарний відпочинок [27].

На основі аналізу теоретичної літератури можна стверджувати, що люди віком 16-25 років найбільш схильні до психосоматичних симптомів в умовах війни. Це пов'язано з нейрофізіологічною невідповідністю між афективними та регуляторними структурами мозку, проблемами ідентичності та великим алостатичним навантаженням на незрілий організм. Організм молодого чоловіка

чи жінки в умовах війни слугує складним посередником між травмуючим зовнішнім середовищем та внутрішнім психічним світом людини. Соматичний симптом в органі-мішені є симптомом самого захворювання і своєрідним захисним інструментом, за допомогою якого можна контролювати почуття тривоги, яке неможливо вербалізувати. [43;36]. Виявлення таких соматичних симптомів має вирішальне значення для розробки програм психологічної реабілітації молоді, що стане предметом нашого подальшого дослідження.

Висновки до першого розділу

У контексті воєнного стану тривожність молодих людей набуває хронічного та екзистенційного характеру. Відбувається руйнування фундаментальних базових ілюзій безпеки і контролю, що призводить до тотальної втрати почуття онтологічної безпеки. Замість адаптивного механізму, тривога перетворюється на виснажливе очікування катастрофи та генерує дифузне відчуття загрози, яке проникає у всі сфери життя.

Психосоматизація виступає своєрідною мовою тіла, за допомогою якої організм намагається впоратися з необробленими болісними емоціями. Ключовим механізмом трансформації психологічної тривоги у фізичне захворювання є алекситимія – втрата здатності розпізнавати та вербалізувати власні почуття в умовах тривалого стресу. Оскільки емоційний біль не знаходить виходу через слова, невідреагована напруга акумулюється і конвертується у реальні тілесні симптоми.

Вік (16–25 років) є надзвичайно вразливим до стресових факторів війни через об'єктивну нейрофізіологічну невідповідність між афективними та регуляторними структурами мозку. Люди віком 16-25 років найбільш схильні до психосоматичних симптомів в умовах війни. Це пов'язано з нейрофізіологічною невідповідністю між афективними та регуляторними структурами мозку, проблемами ідентичності та великим алостатичним навантаженням на незрілий організм. Організм молодого чоловіка чи жінки в умовах війни слугує складним

посередником між травмуючим зовнішнім середовищем та внутрішнім психічним світом людини. Соматичний симптом в органі-мішені є своєрідним захисним інструментом, за допомогою якого можна контролювати почуття тривоги, яке неможливо вербалізувати. Виявлення таких соматичних симптомів має вирішальне значення для розробки програм психологічної реабілітації молоді, що стане предметом нашого подальшого дослідження

Тривалий воєнний стрес створює для незрілого організму колосальне алостатичне навантаження. Постійна готовність реагувати на загрозу виснажує резерви та цілеспрямовано б'є по слабких ланках (органах-мішенях), спричиняючи розлади травлення, виснаження імунної системи та формування хронічного м'язового панцира.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ТРИВОЖНОСТІ ТА ЇЇ ТІЛЕСНИХ СИМПТОМІВ.

2.1 Організація, етапи та психодіагностичний інструментарій дослідження психосоматичних проявів тривожності молоді

Емпіричне дослідження особливостей взаємозв'язку тривожності та соматизації у молоді в умовах воєнного стану було організовано та проведено у період з 13 квітня по 10 травня 2026 року. Дослідженням було охоплено здобувачів освіти старшого шкільного віку 16-18 років на базі Запорізького академічного ліцею 6 та українську молодь віком від 19 до 25 років.

Характеристика вибірки. Загальний обсяг вибірки склав 53 особи віком від 16 до 25 років. У дослідженні взяли участь 31 особа жіночої статі (58, 5%) та 22 особи чоловічої статі (41, 5). Критеріями включення респондентів до вибірки були: належність до старшого підліткового/юнацького віку, перебування в умовах хронічного стресу через воєнний стан та добровільна згода на проходження психологічного тестування. Збір емпіричних даних здійснювався з використанням дистанційних технологій через середовище Google Forms. Це забезпечило повну анонімність учасників та знизило вірогідність соціально-приємливих відповідей.

Для досягнення поставленої мети та перевірки висунутих гіпотез дослідження було розбудовано за чітким алгоритмом і включало три послідовні етапи:

На першому підготовчому етапі здійснювався теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми психосоматичних проявів тривоги. Було визначено об'єкт, предмет, мету та гіпотези дослідження. Особлива увага приділялася підбору психодіагностичного інструментарію, який відповідав би віковим особливостям респондентів та враховував фактор загального емоційного виснаження. Було

сформовано декілька тестів (Шкала Спілберга, TAS-20, GBB-24) та розроблено онлайн анкету [17].

На другому емпіричному етапі відбувався безпосередній збір первинних даних. Процедура тестування передбачала попередній письмовий інструктаж учасників щодо мети опитування. Спираючись на тему, респондентам пропонувалося оцінити свій актуальний рівень тривоги, здатність до розпізнавання та проживання власних емоцій, а також інтенсивність прояву тілесних скарг, таких як шлунково-кишкових, ревматичних, серцево-судинних та астеничних за останній час.

На третьому аналітичному етапі проводилася комплексна кількісна та якісна обробка отриманих емпіричних даних. Оскільки наше дослідження спрямоване на виявлення складних взаємозв'язків між психічним станом та його тілесними проявами, ми застосували багаторівневий підхід до аналізу результатів.

Математико-статистична обробка даних здійснювалася за допомогою пакету аналізу програми Microsoft Excel. Для забезпечення достовірності висновків та глибокої інтерпретації результатів було використано наступний математичний інструментарій:

1. Методи описової статистики. Розрахунок середнього арифметичного значення з використовуваних шкал (реактивної тривожності та особистісної тривожності за Спілбергером, рівень алекситимії за TAS-20, симптомокомплекси за Гіссенським опитувальником). Це дозволило нам вивести психологічний портрет досліджуваної групи та визначити домінуючі тенденції.

2. Відсотковий розподіл респондентів за рівнями вираженості ознак (низький, середній, високий). Такий підхід дав змогу сегментувати вибірку та виділити групу ризику серед української молоді.

3. Математико-статистична обробка та системна інтерпретація отриманих емпіричних даних здійснювалися із застосуванням методу кореляційного аналізу, а саме – лінійного коефіцієнта кореляції r -Пірсона. Вибір саме цього параметричного критерію математичної статистики був зумовлений специфікою дослідницьких завдань, обсягом сформованої вибірки (53 особи), а також

інтервальною шкалою вимірювання провідних змінних, отриманих за допомогою використаного психодіагностичного інструментарію (Шкали Ч. Спілбергера, Торонтської шкали алекситимії та Гіссенського опитувальника).

Застосування лінійного коефіцієнта кореляції r -Пірсона дозволило вирішити комплекс стратегічних завдань емпіричного етапу дослідження:

Виявити наявність, вектор спрямованості (позитивний чи негативний) та безпосередню силу зв'язку між рівнем деструктивних емоційних станів (ситуативної та особистісної тривожності) та характером їх соматичної експресії у вигляді конкретних тілесних скарг досліджуваної молоді.

Математично довести або спростувати роль алекситимічних тенденцій особистості як провідного когнітивно-афективного дефіциту, що блокує вербалізацію емоцій та виступає каталізатором процесів соматизації та генералізації хронічного дистресу під впливом макросоціальних стрес-факторів.

Встановити рівень статистичної значущості виявлених інтеркореляційних зв'язків на критичних рівнях довірчої ймовірності, що дозволяє стверджувати про закономірний, а не випадковий характер виявлених психосоматичних феноменів у межах даної генеральної сукупності.

Розрахунок коефіцієнтів лінійної кореляції та побудова підсумкової інтеркореляційної матриці здійснювалися в автоматизованому режимі з використанням спеціалізованих модулів табличного процесора Microsoft Excel. Даний методологічний підхід дозволив перевести якісні психологічні характеристики емоційної та тілесної сфер респондентів у площину кількісних закономірностей, забезпечивши максимальну об'єктивність, репрезентативність, надійність та доказовість сформульованих у роботі наукових висновків і практичних рекомендацій.

4. Була проведена якісна інтерпретація та синтез даних:

Після кількісного підрахунку було проведено змістовний аналіз отриманих кореляцій. Це дозволило пов'язати математичні показники з реальними життєвими умовами досліджуваних.

Такий підхід до аналізу даних забезпечив об'єктивність висновків та дозволив перейти від простої фіксації скарг учнів до розуміння глибинних психологічних механізмів формування їхнього соматичного здоров'я

Вибір методів та методик емпіричного дослідження зумовлений необхідністю комплексного охоплення всіх важливих моментів психосоматичного процесу. Від виникнення емоційної напруги, тобто тривоги до її трансформації у тілесний симптом через механізм порушення емоційної регуляції, тобто алекситимію. Для забезпечення високої надійності та валідності результатів було сформовано три блоки тестів, що включає три стандартизовані інструменти. Вони широко використовуються у сучасній клінічній та консультативній психології [20;15].

Першим етапом нашого діагностичного комплексу є вимірювання актуального рівня емоційної напруги респондентів. Дослідження рівня тривожності проводилося за допомогою Шкали реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера в українській адаптації Олега Матвійовича Кокуна та Назіма Асафовича Агаєва [17].

Теоретичною та методологічною основою даної методики є концепція Чарльза Спілбергера щодо розмежування тривожності як динамічного стану, тобто ситуативна або реактивна тривожність, та тривожності як стійкої характеристики індивіда, тобто особистісна тривожність. Використання повної версії методики є критично важливим для нашого дослідження. Вона дозволяє диференціювати, чи є соматичні скарги наслідком тимчасового гострого стресу, чи вони є результатом тривалої, характерологічної схильності молодшої людини до переживання тривоги [13].

Методика складається з 40 тверджень і розділена на дві субшкали по 20 пунктів. Перша шкала вимірює суб'єктивний дискомфорт, напруження та занепокоєння «тут і зараз». Друга шкала визначає загальну схильність респондента сприймати широкий спектр об'єктивно безпечних ситуацій як загрозливі. Кожне твердження оцінюється за 4-бальною шкалою Лікерта. Підрахунок балів дозволяє розподілити респондентів за трьома рівнями: низька, помірна та висока

тривожність. Порівняння показників за обома шкалами надасть нам необхідний масив даних для глибокого аналізу психосоматичних механізмів у молоді.

2. Торонтська шкала алекситимії (TAS-20) [5].

Для вивчення проміжної ланки між емоцією та тілом, здатності до переробки переживань, було використано Торонтську шкалу алекситимії (TAS-20), розроблену Грем Джеймсом Тейлором та співавторами.

Алекситимія розглядається нами як ключовий конструкт, що пояснює соматизацію. Коли людина не може розпізнати свій страх чи гнів, емоційна енергія не знаходить виходу через психіку і спрямовується безпосередньо в органи та системи. Шкала TAS-20 містить 20 тверджень і дозволяє оцінити важливі аспекти. Труднощі розпізнавання почуттів. Це здатність відрізнити емоції від тілесних відчуттів. Високий бал за цією шкалою прямо вказує на схильність плутати тривогу, наприклад, із фізичним болем у шлунку. Труднощі в описі почуттів. Здатність підібрати слова для вираження емоційного стану іншим людям. Зовнішньо-орієнтоване мислення. Це схильність фокусуватися на зовнішніх подіях замість внутрішніх переживань. [15]

Використання TAS-20 дозволяє нам перевірити гіпотезу про те, що саме високий рівень алекситимії є тим фільтром, який перетворює психологічну тривогу на фізичне захворювання. Респонденти оцінюють твердження за 5-бальною шкалою, а загальний результат понад 61 бал вказує на наявність алекситимічного типу особистості.

3. Гіссенський опитувальник соматичних скарг (GBB-24) [17]

Завершальним інструментом нашої методичної батареї є Гіссенський опитувальник соматичних скарг (GBB-24), розроблений Ельмаром Брюлером у Гіссенському університеті. Дана методика є фундаментальною для вивчення психосоматики. Вона вимірює суб'єктивне відчуття страждання від фізичних симптомів.

На відміну від медичного обстеження, Гіссенський опитувальник соматичних скарг саме психосоматичну картину соматичних відчуттів.

Опитувальник включає 24 найбільш поширені скарги, які розподілені за чотирма шкалами:

- шлунково-кишкові скарги відображає реакції системи травлення на стрес
- ревматичний фактор фіксує м'язову напругу, болі в спині та суглобах, що часто є наслідком м'язового зажиму при тривозі.
- серцево-судинні скарги охоплює симптоми з боку серця та дихання
- синдром виснаження вимірює загальний рівень втрати життєвих сил, зниження працездатності та порушення сну. Це є характерним для тривалого перебування у стані війни.

Крім того, методика дозволяє вирахувати Загальний показник інтенсивності скарг, який демонструє загальний рівень соматизації індивіда. Оцінювання здійснюється за 5-бальною шкалою (від 0 до 4 балів залежно від інтенсивності прояву).

Таким чином, обраний комплекс методів створює цілісну дослідницьку модель. Шкала Чарльза Спілберга дозволяє зафіксувати вхідний рівень стресу, Торонтська шкала алекситимії виявляє дефіцит емоційної переробки цього стресу, а Гіссенський опитувальник соматичних скарг демонструє вихідний результат у вигляді конкретних тілесних симптомів. Такий підхід забезпечує глибокий аналіз механізмів психосоматичного реагування молоді в кризових умовах сьогодення.

2.2. Кількісно-якісний аналіз та математико-статистична інтерпретація результатів соматизації тривожності у молоді під час війни

На першому етапі практичного дослідження нами було проведено діагностику емоційного стану респондентів за допомогою методики оцінки реактивної та особистісної тривожності Чарльза Спілберга. Даний інструментарій дозволив диференціювати тривожність як стійку рису особистості та як тимчасовий стан, що виникає у відповідь на зовнішні стресові подразники.

Було проведено та опрацьовано аналіз показників реактивної тривожності

Реактивна тривожність відображає суб'єктивно пережиті емоції напруження, спокою, нервозності та занепокоєння, які виникають у підлітків безпосередньо в момент дослідження. Отримані дані свідчать про наступне:

Середній показник реактивної тривожності по всій вибірці (53 особи) становить 50.68 балів. Відповідно до нормативних критеріїв методики, показники понад 45 балів інтерпретуються як високий рівень тривожності.

При аналізі індивідуальних результатів встановлено, що у 38 осіб (70.4\% від загальної кількості) спостерігається саме високий рівень реактивної тривоги.

Це свідчить про те, що переважна більшість молодих людей віком від 16 до 25 перебуває у стані вираженого психоемоційного напруження. Такий стан характеризується очікуванням негативних подій, підвищеною емоційною збудливістю та суб'єктивним відчуттям загрози. Зважаючи на перебування респондентів у країні, де відбуваються активні бойові дії, такий результат є цілком закономірним відображенням об'єктивної реальності, де безпековий фактор є нестабільним.

Щодо аналізу показників особистісної тривожності, вона характеризує стійку схильність особистості сприймати широкий спектр ситуацій як загрозові та реагувати на них станом тривоги.

Середній показник особистісної тривожності у групі становить 52 бали, що також відповідає високому рівню.

Кількісний аналіз показав, що високий рівень особистісної тривожності притаманний 44 респондентам (81.5\% вибірки).

Такі високі значення особистісної тривожності вказують на те, що у молоді сформувалася стійка індивідуальна властивість емоційно реагувати на стресові ситуації. Це може бути наслідком тривалого перебування в умовах хронічного дистресу, що призводить до закріплення тривоги як базової реакції на будь-які зміни в навколишньому середовищі.

Порівнюючи результати за обома шкалами, можна помітити, що показники особистісної тривожності (52 бали) дещо переважають над показниками реактивної тривожності (50.68 балів). Це є важливою діагностичною ознакою. Висока

особистісна тривожність свідчить про те, що тривога вже перестала бути просто реакцією на окремі події. Вона стала частиною характеру українців. Це має назву хронічний стрес. Саме особистісна тривожність часто виступає «фундаментом» для розвитку психосоматичних розладів. Молода людина із високим рівнем особистісної тривожності схильний постійно перебувати у стані готовності до небезпеки, що виснажує адаптаційні ресурси організму. Слід враховувати, що старший підлітковий та юнацький вік сам по собі є періодом емоційної лабільності. Проте показники, що перевищують 50 балів, виходять за межі вікової норми та потребують корекційного втручання. Таким чином, результати першого етапу дослідження підтверджують наявність у респондентів вираженого емоційного дискомфорту. Це створює передумови для подальшого аналізу того, як такий рівень тривоги пов'язаний зі здатністю підлітків усвідомлювати свої емоції, тобто алекситимією, та наявністю суб'єктивних скарг на фізичне здоров'я.

Для детального розуміння феноменології тривожних переживань у досліджуваної групи, ми провели контент-аналіз відповідей на окремі ключові твердження опитувальника Ч. Д. Спілбергера.

3. Я перебуваю в напруженні
53 відповіді

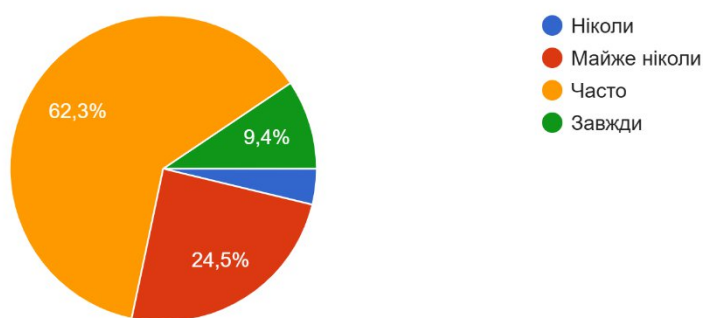


Рис. 2.1. Розподіл відповідей щодо суб'єктивного відчуття внутрішнього напруження

Аналіз результатів, представлених на рис. 2.1, яскраво ілюструє домінування реактивної тривоги в актуальному стані молоді. Сумарно більше 70% респондентів підтвердили перманентне відчуття напруження: 62,3% обрали варіант

«Часто», а ще 9,4% — «Завжди». Такий високий показник свідчить про стан постійної готовності до реагування на небезпеку (гіперпильність). Зважаючи на умови хронічного макросоціального стресу у прифронтовому регіоні, організм підлітків функціонує в режимі безперервної симпатoadреналової мобілізації, що неминуче є підґрунтям для соматичних ускладнень.

1. Я спокійний
53 відповіді

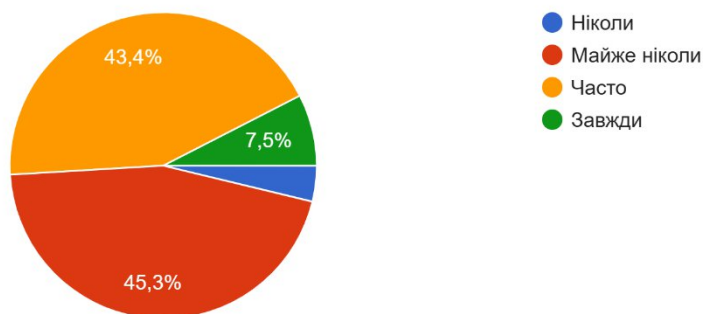


Рис. 2.2. Розподіл відповідей щодо суб'єктивного відчуття спокою (реактивна тривожність)

Результати, подані на рис. 2.2, підтверджують відчуття перманентної напруги та демонструють дефіцит почуття психологічної безпеки. На пряме запитання про стан спокою лише 7,5 опитаних відповіли «Завжди», що є вкрай низьким показником. Більшість молодих людей обирають варіанти, що вказують на епізодичність або повну відсутність спокою.

Зважаючи на зовнішній контекст і хронічну нестабільність у країні, така відсутність базового спокою свідчить про те, що психіка респондентів постійно перебуває в режимі «енерговитратного очікування». Це підтверджує нашу гіпотезу: коли стан неспокою стає фоновим, він починає шукати вихід через соматичні канали, оскільки когнітивних ресурсів для його опанування вже не вистачає.

13. Я не знаходжу собі місця
52 відповіді

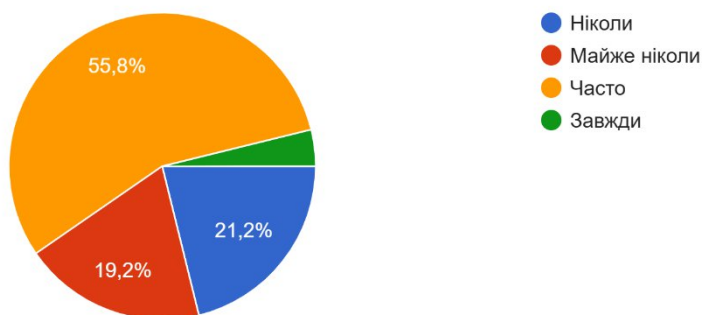


Рис 2.3 Розподіл відповідей щодо суб'єктивного відчуття емоційного та рухового неспокою.

Як свідчать отримані результати (рис. 2.3), більше половини досліджуваної групи перебувають у стані перманентної внутрішньої метушні. Зокрема, 55,8 % респондентів зазначили, що «Часто» не знаходять собі місця, і ще близько 4 % обрали варіант «Завжди». Сумарно майже 60 % молоді страждають від вираженого рухового та емоційного неспокою, і лише п'ята частина вибірки (21,2 %) відповіла «Ніколи».

З позиції нейрофізіології та психології стресу, такий стан є класичним проявом гіперактивації симпатичного відділу вегетативної нервової системи. В умовах воєнної загрози або очікування небезпеки організм виділяє велику кількість адреналіну та кортизолу для реалізації базової реакції «бий або біжи». Проте, оскільки реальної фізичної дії найчастіше не відбувається (людина просто сидить в укритті або читає новини), ця величезна невитрачена енергія виживання не знаходить конструктивного виходу.

Вона трансформується у нестерпне внутрішнє збудження, неможливість розслабитися, всидіти на одному місці чи сконцентруватися на навчанні. Фіксація цього симптому у більшості вибірки ще раз підтверджує нашу гіпотезу: реактивна тривожність у сучасної молоді перейшла у фазу гострого тілесного відреагування, що створює прямі передумови для швидкого фізичного виснаження та подальшої соматизації.

Ще одним фундаментальним маркером, що дозволяє концептуалізувати природу актуального дистресу в досліджуваній групі, є аналіз суб'єктивного сприйняття фізичної та екзистенційної безпеки. Для цього нами було детально опрацьовано розподіл відповідей за оберненим твердженням методики «Мені ніщо не загрожує».

2. Мені ніщо не загрожує
53 відповіді

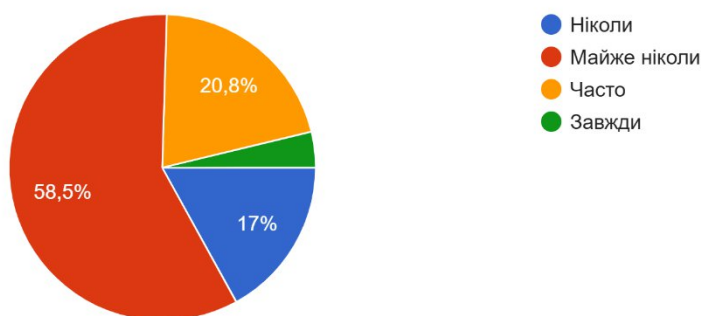


Рис 2.4. Розподіл відповідей щодо суб'єктивного відчуття захищеності від зовнішніх загроз

Як демонструють емпіричні дані (рис. 2.4), у свідомості сучасної молоді відбувається тотальна руйнація відчуття онтологічної безпеки. Сумарно понад три чверті опитаних (75,5 %) вказали на гострий дефіцит захищеності: 58,5 % респондентів обрали варіант «Майже ніколи», а ще 17 % категорично зазначили, що «Ніколи» не відчують відсутності загроз.

З позиції когнітивної парадигми психології стресу, такі результати є яскравою практичною ілюстрацією колапсу базових ілюзій про доброзичливість та передбачуваність навколишнього світу. Замість природної для юнацького віку відкритості до нового досвіду, психіка змушена функціонувати в режимі безперервного сканування простору на наявність небезпеки. Навколишнє середовище сприймається як апріорі вороже та неконтрольоване.

Цей перманентний дефіцит безпеки виступає потужним предиктором подальшої соматизації. Оскільки центральна нервова система щомиті реєструє загрозу, вона блокує активність парасимпатичного відділу, який відповідає за

релаксацію та відновлення тканин. Організм просто не отримує біологічного дозволу на розслаблення, що змушує тіло утримувати хронічний м'язовий гіпертонус та неухильно наближає стадію соматичного виснаження

Щодо показників особистісної тривожності найбільш показовим маркером стала стратегія уникання, яка є класичним поведінковим патерном при виснаженні нервової системи.

34. Я намагаюсь уникати критичних ситуацій і труднощів
53 відповіді

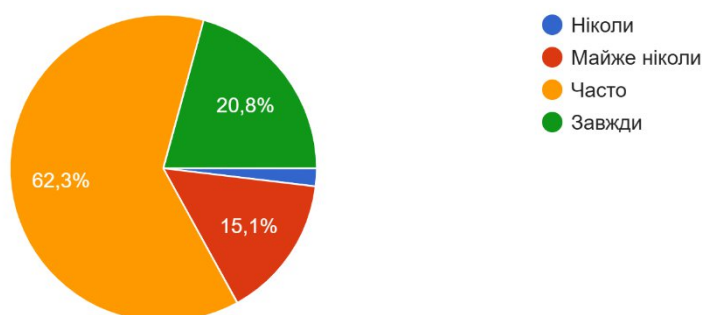


Рис. 2.5. Розподіл відповідей щодо схильності до уникаючої поведінки

Як свідчать дані діаграми (рис 2.5), переважна більшість групи демонструє виражену уникаючу поведінку: сумарно 83,1% молодих людей (62,3% «Часто» та 20,8% «Завжди») намагаються уникати будь-яких критичних ситуацій. У психологічному та психотерапевтичному контексті це беззаперечно вказує на звуження так званого «вікна толерантності» до стресу. Підлітки з високою особистісною тривожністю вже не мають достатнього внутрішнього ресурсу для конфронтації з життєвими викликами. Їхня психіка обирає шлях уникнення як єдиний доступний спосіб самозбереження та захисту від подальшої травматизації

Окрім високої напруженості та стратегій уникнення, критичний інтерес для нашого дослідження представляє суб'єктивне відчуття емоційного комфорту та безпеки, яке є базовою потребою для нормального розвитку підліткової особистості.

Важливим аспектом особистісної тривожності є її вплив на самосприйняття та внутрішню оцінку власних можливостей. Хронічна тривога часто призводить до формування стійких негативних когнітивних установок щодо себе.

38. Буває, що я відчуваю себе невдахою
53 відповіді

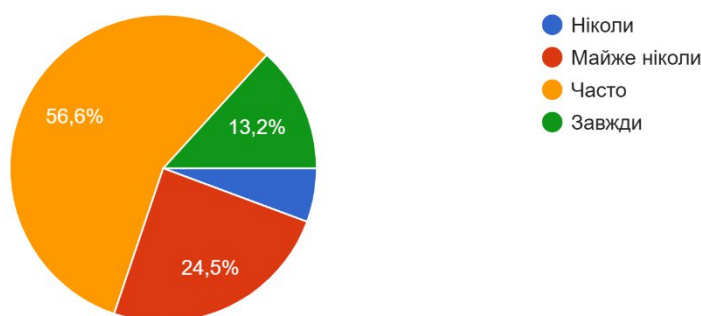


Рис. 2.6. Розподіл відповідей щодо самосприйняття через призму особистісної тривожності

Як видно з розподілу відповідей на рис. 2.6, особистісна тривожність глибоко деформує самооцінку респондентів. Попри юний вік, значна частина вибірки відчуває себе «невдахами» з певною періодичністю (сумарно понад 60% відповідей «часто» і «завжди»).

У психологічній площині це вказує на те, що тривога перетворюється на внутрішнього критика. Висока особистісна тривожність змушує людину фокусуватися на власних помилках і знецінювати досягнення. Таке негативне самосприйняття є додатковим стресором, який замикає коло: «тривога – стрес – відчуття неспроможності – посилення соматичних скарг». Таким чином, ми бачимо, що соматизація є результатом загального психологічного виснаження від постійної боротьби з почуттям власної невідповідності.

Закономірним наслідком стійкої особистісної тривожності є поступове виснаження афективної сфери, що маніфестує через дистимічні епізоди та зниження загального вітального тону. З метою деталізації цього аспекту нами було проаналізовано відповіді респондентів на твердження «У мене буває хандра»

35. У мене буває хандра

53 відповіді

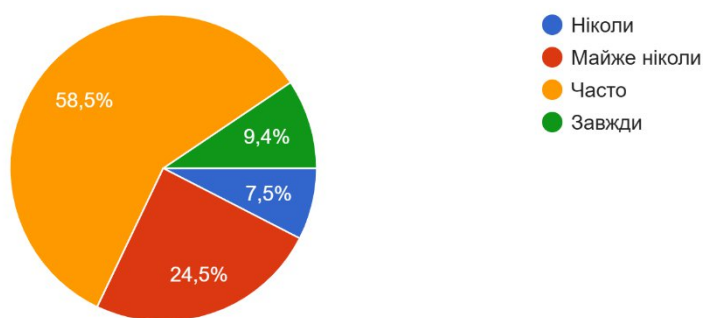


Рис 2.7 Розподіл відповідей щодо схильності до дистимінних станів

Як свідчать емпіричні результати (рис. 2.7), понад дві третини досліджуваної вибірки систематично стикаються з депресивно-апатичним фоном настрою. Зокрема, 58,5 % опитаних вказали, що «Часто» переживають стан хандри, а ще 9,4 % відчують його «Завжди» (сумарний показник сягає майже 68 %). На противагу цьому, лише 7,5 % юнаків та дівчат заявили про абсолютну відсутність таких епізодів.

У площині клінічної та вікової психології така тотальна схильність до хандри є специфічною ознакою емоційного перегорання на тлі пролонгованого макросоціального стресу. Хронічна тривога як особистісна риса діє як внутрішній «енергетичний вампір»: психіка молодої людини витрачає колосальний обсяг ресурсу на безперервне сканування потенційних загроз та підтримання механізмів гіперпильності. Як наслідок, на забезпечення базової життєрадісності, навчальної мотивації та соціальної активності енергії просто не залишається.

Цей стан апатії та внутрішньої порожнечі виступає своєрідним дезадаптивним «анестетиком», нервова система примусово гальмує інтенсивність усіх почуттів, намагаючись захистити свідомість від надлишку болю чи страху. Проте саме така пригніченість і нездатність до повноцінної емоційної розрядки формує ідеальне підґрунтя для подальшої соматизації. Коли психіка відмовляється активно боротися зі стресом і впадає у стан хандри, непрожита напруга осідає в тілі. Вона безпосередньо трансформується у ті самі синдроми загального

виснаження та хронічні м'язові болі, які ми зафіксували під час аналізу Гіссенського опитувальника.

Обґрунтовуючи подальший вибір психодіагностичного інструментарію, слід зазначити, що тривале психоемоційне напруження та високий рівень особистісної тривожності не існують ізольовано, а безпосередньо залежать від індивідуальних особливостей переробки емоційного досвіду особистості. У сучасних психологічних дослідженнях доведено, що пролонгований дистрес часто супроводжується специфічними труднощами у сприйнятті, диференціації та вербалізації власних емоційних станів.

Ключовим психологічним конструктом, який описує зазначений дефіцит афективної сфери, є алекситимія. Вона виступає своєрідним деструктивним «містком» між психічним неблагополуччям та соматичною сферою: не маючи змоги екологічно відреагувати та висловити тривогу словами, індивід несвідомо соматизує її у тілесні симптоми та хронічний біль.

З метою якісного оцінювання здатності респондентів до розпізнавання та експресії почуттів, а також для перевірки гіпотези про взаємозв'язок між емоційною затисненістю та психосоматичними проявами тривоги, до діагностичного комплексу було включено Торонтську шкалу алекситимії. Дана методика є визнаним світовим стандартом у клінічній та практичній психології, що дозволяє диференціювати досліджувану молодь на алекситимічний, неалекситимічний та межовий типи особистості за трьома основними факторами: труднощі ідентифікації почуттів, труднощі опису почуттів та зовнішньо-орієнтоване мислення.

1. Мені часто важко розібратися, що саме я відчуваю.

53 відповіді

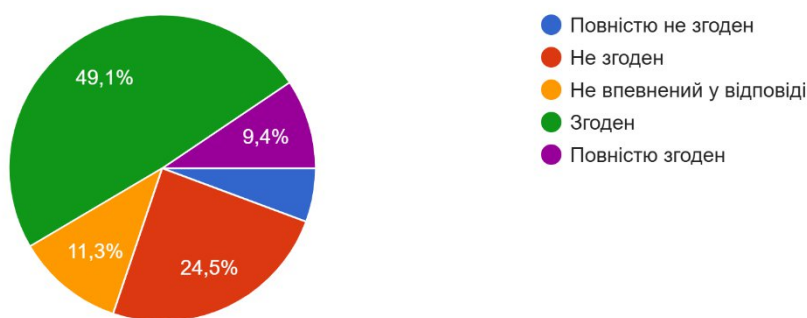


Рис. 2.8. Розподіл відповідей респондентів щодо здатності ідентифікувати власні емоції

Як свідчать дані, представлені на рис. 2.8, значна частина вибірки має виражені труднощі з розумінням власних почуттів. Сумарно 58,5% опитаних підтвердили наявність проблеми: 49,1% обрали варіант «Згоден», а 9,4% — «Повністю згоден» із твердженням «Мені часто важко розібратися, що саме я відчуваю». Водночас лише близько чверті респондентів (24,5%) впевнено заявили про відсутність таких труднощів. Це підтверджує наявність базового компонента алекситимії — нездатності диференціювати емоційні переживання від тілесних відчуттів.

Наступним кроком став аналіз здатності української молоді старшого підліткового та юнацького віку виражати свої емоції через мовлення.

2. Мені важко знайти правильні слова для своїх почуттів

52 відповіді

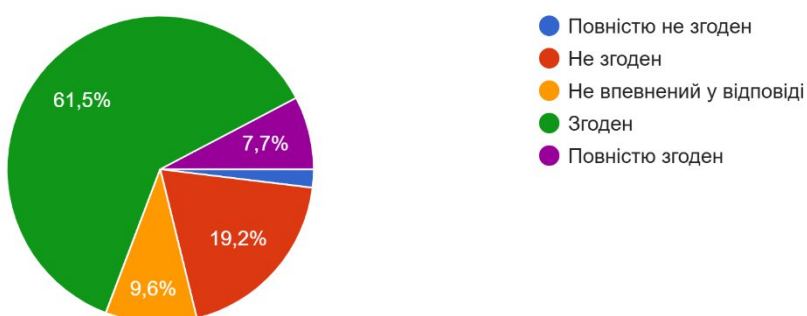


Рис. 2.9. Розподіл відповідей респондентів щодо здатності вербалізувати емоції

Результати, відображені на рис. 2.9, демонструють ще більш критичну тенденцію щодо вербалізації почуттів. Із твердженням «Мені важко знайти правильні слова для своїх почуттів» погодилася абсолютна більшість групи: 61,5% відповіли «Згоден», і ще 7,7% — «Повністю згоден» (сумарно 69,2%).

Отримані дані наочно ілюструють механізм формування психосоматичного ризику у досліджуваної групи. Майже 70% підлітків відчувають дефіцит словникового запасу для опису свого внутрішнього стану. У поєднанні з високим рівнем тривожності (який був виявлений нами раніше), ця нездатність «виговорити» стрес призводить до того, що напруга не знаходить конструктивного психологічного виходу і неминуче перенаправляється у соматичну сферу, провокуючи тілесні скарги.

Продовжуючи поглиблений аналіз структурних компонентів алекситимії за методикою TAS-20, ми звернули увагу на здатність респондентів не лише розпізнавати наявність емоції, але й диференціювати її специфіку. Цей аспект є критично важливим, оскільки базові афекти (страх, гнів, сум) мають різний фізіологічний малюнок та потребують різних копінг-стратегій.

6. Коли я засмучений, я не знаю – чи мені сумно, чи я наляканий, чи злюсь.
53 відповіді

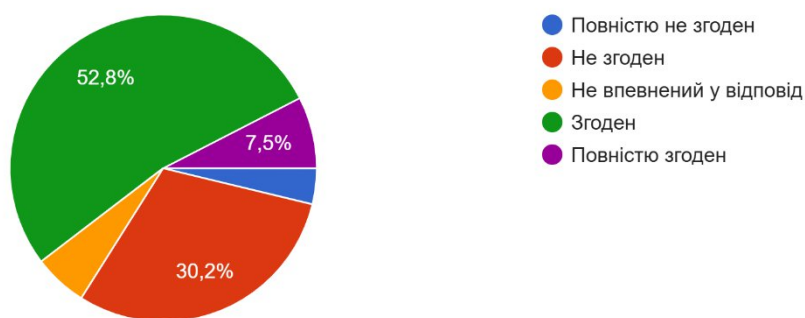


Рис. 2.10. Розподіл відповідей щодо здатності до диференціації базових емоційних станів

Як видно з діаграми на рис. 2.10, процес розпізнавання конкретної емоції викликає значні труднощі у досліджуваній вибірці. Більше половини респондентів (60,3% у сумі) підтвердили твердження «Коли я засмучений, я не знаю – чи мені

сумно, чи я наляканий, чи злюсь» (з них 52,8% обрали варіант «Згоден», а 7,5% – «Повністю згоден»). Лише 30,2% опитаних здатні чітко розмежувати ці стани.

З психологічної точки зору, таке злиття афектів (коли страх, гнів та сум сприймаються як єдиний недиференційований клубок напруги) є класичним проявом алекситимічного дефіциту. Молода людина відчуває загальний емоційний дискомфорт, але не може визначити його джерело. Саме ця неможливість «назвати» емоцію позбавляє психіку можливості її відреагувати, змушуючи організм переводити цей недиференційований стрес у соматичні симптоми (головний біль, розлади травлення).

Ще однією важливою характеристикою алекситимічного типу особистості є так зване «зовнішньо-орієнтоване мислення». Воно проявляється у схильності фокусуватися на зовнішніх подіях та діях, ігноруючи при цьому внутрішні переживання.

5. Я волію аналізувати проблеми, а не просто про них розповідати.
53 відповіді

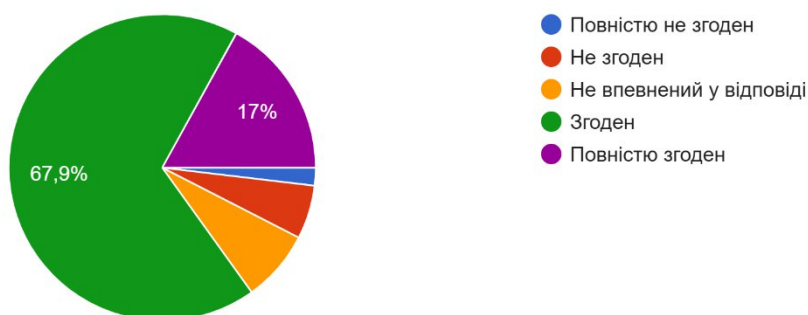


Рис. 2.11. Розподіл відповідей щодо схильності до зовнішньо-орієнтованого (екстернального) мислення

Результати, подані на рис. 2.11, яскраво ілюструють домінування утилітарного підходу до вирішення життєвих труднощів. Абсолютна більшість опитаних – 84,9% (67,9% «Згоден» та 17% «Повністю згоден») – вказали, що віддають перевагу сухому аналізу проблем замість обговорення своїх почуттів щодо них.

На перший погляд, такий раціональний підхід може здаватися адаптивним конструктом. Проте в контексті психосоматичного ризику це свідчить про використання раціоналізації як жорсткого механізму захисту. Уникаючи емоційного розкриття («просто розповідати про проблеми»), респонденти блокують процес емоційної вентиляції. Перебуваючи в умовах тривалого макросоціального стресу, властивого сьогоденню, такий жорсткий, беземоційний фокус на «вирішенні завдань» призводить до швидкого вичерпання резервів нервової системи та, як наслідок, до астенізації та виникнення тілесних недугів.

Заключним, інтегруючим етапом нашого емпіричного аналізу стало глибоке дослідження специфіки соматизації психоемоційного напруження серед підлітків. У контексті нашої роботи соматизація розглядається як складний, багаторівневий механізм психологічного захисту. За умов виснаження свідомих копінг-стратегій та наявності високого рівня алекситимії, психіка вдається до конверсії – трансформації невідреагованих, заблокованих емоцій (зокрема, хронічної тривоги) у суб'єктивні відчуття фізичного дискомфорту та дисфункції.

Для детальної оцінки інтенсивності, характеру та локалізації соматичних скарг нами було застосовано Гіссенський опитувальник. Аналіз отриманих даних дозволив виділити провідні симптомокомплекси. Вони виступають тілесними маркерами дистресу у респондентів.

1. Синдром загального виснаження. Середній показник за шкалою «Виснаження» по всій вибірці становить 13, 9 балів. Цей фактор є базовим індикатором загальної втрати життєвої енергії, втоми нервової системи, відчуття перманентного стресу та зниження когнітивної працездатності. Отримані високі показники за цією шкалою свідчать про те, що організм підлітків функціонує в режимі постійного енергодефіциту.

З психофізіологічної точки зору, постійне перебування в умовах зовнішньої макросоціальної загрози, що є невід'ємною частиною життя у прифронтовому регіоні, вимагає колосальних витрат ресурсу на підтримку гіперпильності. Коли ж небезпека має перманентний характер, а можливість повноцінного психологічного

розвантаження відсутня, настає стадія виснаження за Гансом Сельє, що закономірно проявляється у скаргах на безсилля, апатію та порушення сну.

2. Шлункові скарги. Показник інтенсивності за шкалою шлункових скарг становить 13, 1 бал, що виділяє цю сферу як одну з ключових мішеней соматизації. У сучасній психосоматиці шлунково-кишковий тракт обґрунтовано вважається надзвичайно чутливим до емоційних флуктуацій через тісний зв'язок із вегетативною нервовою системою.

Скарги респондентів на нудоту, спазми, відчуття важкості та порушення травлення часто є прямим фізіологічним еквівалентом психологічної нездатності прийняти складні життєві обставини. Заблокована тривога стимулює симпатичний відділ нервової системи, що призводить до спазмування гладкої мускулатури шлунку та зміни його секреторної функції.

3. Серцеві скарги

Середнє значення за шкалою серцевих скарг фіксується на рівні 8,8 балів. До цієї діагностичної групи входять суб'єктивні відчуття прискореного або аритмічного серцебиття, стискання чи поколювання в ділянці грудної клітки, а також епізоди відчуття нестачі повітря.

Зазначені симптоми є класичним, еволюційно детермінованим вегетативним супроводом високої реактивної тривожності, діагностованої нами на попередньому етапі (підрозділ 2.2). Організм людини мобілізує серцево-судинну систему за патерном «бий або біжи» у відповідь на сприйняту загрозу. Проте, оскільки загроза часто має не фізичний, а екзистенційний або психологічний характер, ця мобілізація не знаходить розрядки у фізичній дії, що призводить до фіксації кардіологічних скарг.

4. Болі в тілі (алгічний та ревматичний синдром)

Показник за шкалою соматичних болів – м'язово-суглобовий дискомфорт, склав 8 балів. Реєстрація скарг на блукаючі болі у м'язах, напруження у спині, шийному відділі та суглобах вказує на формування специфічного «м'язового панцира» (за термінологією тілесно-орієнтованої терапії). Стимування негативних афектів та висока особистісна тривожність закономірно призводять до

хронічного гіпертонусу скелетної мускулатури. З часом підліток перестає усвідомлювати це напруження як емоційний стан, натомість сприймаючи його виключно як фізичний біль.

Проведений кількісний та якісний аналіз дозволяє стверджувати, що фізичні скарги досліджуваних юнаків та дівчат не є ізольованими медичними симптомами. Вони утворюють цілісну, стійку картину вегетативної дисфункції, яка є прямим наслідком тривалого перебування у стані дистресу.

Найбільше емоційне навантаження приймає на себе нервова система, де бал виявився найвищим (13,9), наприклад: головні болі, відчуття слабкості. Це цілком узгоджується з отриманими раніше даними щодо високого рівня алекситимії: чим важче підлітку вербалізувати свій страх і тривогу, тим гучніше ці емоції змушене прживати його тіло.

Для більш глибокої феноменологічної оцінки соматизації стресу у досліджуваної групи, ми провели якісний аналіз розподілу відповідей за окремими найбільш показовими симптомами. Оскільки соматизація розглядається нами як невідреагована тривога, локалізація скарг дозволяє зрозуміти специфіку вегетативного реагування підлітків на хронічний стрес.

Найбільш вираженою в структурі алгічного (больового) синдрому виявилася проблема цефалгії (головного болю), що є класичним маркером когнітивного та емоційного перенапруження.

Головні болі
53 відповіді

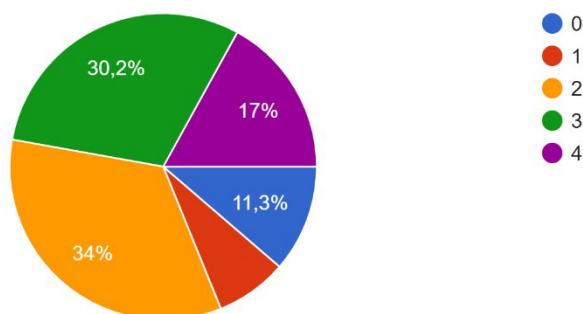


Рис. 2.12. Розподіл інтенсивності скарг респондентів на головні болі (за шкалою від 0 до 4)

Дані, представлені на рис. 2.12, демонструють критичну поширеність цього симптому. Лише 11,3% опитаних (варіант відповіді «0») зазначили повну відсутність головних болів. Натомість абсолютна більшість — майже 89% осіб страждають від цефалгії різного ступеня інтенсивності. Зокрема, 34% відзначають помірний рівень (бал 2), а сумарно понад 47% вказують на сильні та дуже сильні болі (бали 3 та 4).

З позиції психофізіології, такий масовий характер головних болів є прямим наслідком хронічного спазму судин головного мозку та напруження м'язів шийно-комірцевої зони, що виникають як реакція на тривожні очікування (підтверджені нами за методикою Спілбергера). Психіка, будучи нездатною «перетравити» обсяг стресової інформації, переводить це навантаження на соматичний рівень, формуючи головний біль від напруги.

Не менш важливим є аналіз гастроінтестинальних скарг, оскільки шлунково-кишковий тракт (ентеральна нервова система) надзвичайно чутливо реагує на емоційні коливання, особливо на придушені емоції, що характерно для респондентів із високим рівнем алекситимії.

Болі в шлунку
53 відповіді

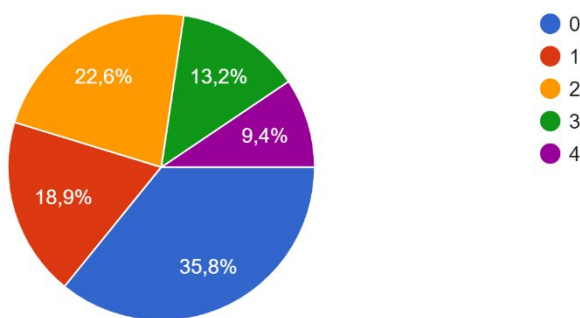


Рис. 2.13. Розподіл інтенсивності скарг респондентів на болі в шлунку

Як свідчить розподіл на рис. 2.13, понад 64% досліджуваних (сума всіх відповідей, окрім нульової) фіксують у себе епізодичні або регулярні шлункові болі. У контексті нашого дослідження цей факт має ключове значення. Спазми в шлунку, нудота та дискомфорт часто виступають тілесним метафоричним

вираженням неможливості прийняти складну життєву ситуацію. Зважаючи на вікові особливості та зовнішні стресори, органи травлення стають мішенню для конверсії невідреагованих негативних афектів.

Нарешті, для підтвердження виявленого раніше високого рівня загального виснаження, ми проаналізували суб'єктивне сприйняття власного енергетичного потенціалу.

Відчуття слабкості
53 відповіді

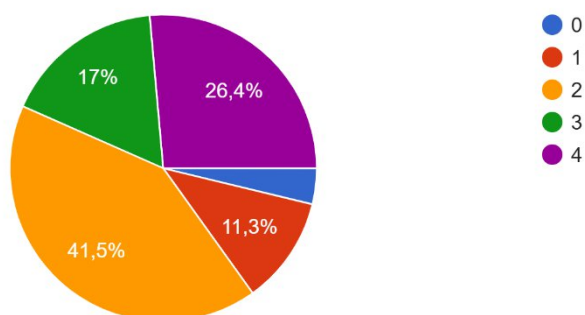


Рис. 2.14. Розподіл інтенсивності скарг респондентів на відчуття загальної слабкості

Графік на рис. 2.14 наочно ілюструє тотальну астенизацію вибірки (масове виснаження). Стан слабкості є знайомим для 73,6% опитаних. При цьому найбільша частка (41,5%) оцінює цей стан на 2 бали, а 17% та 26,4% ставлять найвищі бали інтенсивності. Цей симптом є закономірним фіналом патогенетичного ланцюга. Висока особистісна тривожність змушує нервову систему постійно перебувати у стані стресу, а високий рівень алекситимії блокує можливість емоційної розрядки. Як наслідок, адаптаційні ресурси організму швидко вичерпуються, що на суб'єктивному рівні відчувається як перманентна слабкість, брак сил та млявість.

Доповнюючи картину неврологічного та алгічного симптомокомплексу, критично важливо звернути увагу на локалізацію м'язових блоків. У тілесно-орієнтованій психотерапії (зокрема, за концепцією Вільгельма Райха) хронічне

емоційне напруження безпосередньо конвертується у гіпертонус специфічних груп м'язів, формуючи так званий «м'язовий панцир».

Болі в поясниці або спині
53 відповіді

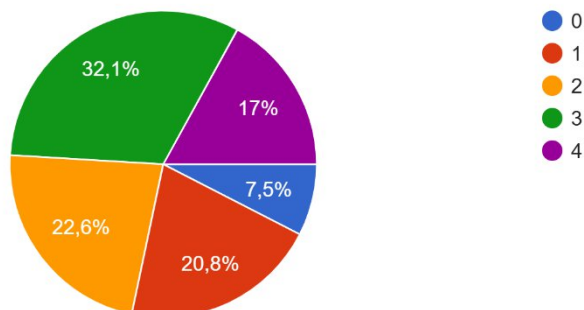


Рис. 2.15. Розподіл інтенсивності скарг на болі в шийно-комірцевій зоні та плечах

Як демонструють результати на рис. 2.15, переважна більшість респондентів страждає від дискомфорту у цій зоні. Лише 7, 5% опитаних не мають таких скарг. Натомість сумарно більше 90% підлітків відзначають помірні, сильні або дуже сильні болі (22,6% оцінили їх на 2 бали, 32, 1 — на 3 бали, і 17% — на максимальні 4 бали).

З психологічної точки зору, шийно-комірцева зона та плечовий пояс — це область, яка філогенетично відповідає за реакцію стискання перед загрозою. Крім того, у психосоматиці болі в плечах метафорично пов'язуються з відчуттям гіпервідповідальності та тягарем недитячих проблем, які підлітки змушені нести на собі в умовах сьогодення. Цей хронічний гіпертонус викликає фізичний біль і погіршує кровопостачання головного мозку. Це замикає патологічне коло, провокуює ті самі головні болі та загальне виснаження, описані нами вище.

Узагальнюючи інформацію проведеного емпіричного дослідження, можна констатувати наявність чітко вираженого психосоматичного патерну у досліджуваній групі підлітків. Високий рівень реактивної та особистісної тривожності діє як тригерний механізм, а виражена алекситимія ускладнює усвідомлення та вербалізацію цього емоційного дискомфорту. Закономерним

наслідком такої психоемоційної констеляції стає соматизація, зміщення напруги у фізичну сферу. Провідними соматичними відповідями організму підлітків на хронічний стрес є синдром загального виснаження (слабкість, сонливість та виражений алгічний синдром (Великий біль, переважно головні болі від напруги).

Нами був проведений математико-статистичний аналіз взаємозв'язку між тривожністю та соматизацією для більш ретельного дослідження і занурення у результат.

Для емпіричного та статистичного підтвердження основної гіпотези нашого дослідження про те, що високий рівень тривожності детермінує розвиток тілесних скарг, ми провели кореляційний аналіз отриманих даних за допомогою лінійного коефіцієнта кореляції Пірсона (r). Розрахунки проведено за допомогою стандартних функцій статистичного пакета MS Excel з дотриманням вимог до репрезентативності даних.

Особливий дослідницький інтерес становив пошук закономірностей між рівнем особистісної тривожності та інтенсивністю провідних психосоматичних синдромів за Гіссенським опитувальником.

За результатами математичного підрахунку були виявлені наступні статистично значущі закономірності:

Найбільш тісний кореляційний зв'язок ($r = 0,72$) ($p < 0,001$) зафіксовано між рівнем особистісної тривожності та синдромом загального виснаження (астенією). Цей показник вказує на дуже сильну пряму залежність. Чим вища тривога, тим швидше вичерпуються енергетичні ресурси організму. Тривале перебування у стані гіперпильності неминуче призводить до тотальної втрати сил, млявості та апатії. Виявлено сильний прямий зв'язок ($r = 0,63$) ($p < 0,001$) між тривожністю та шлунковими скаргами. Отриманий математичний показник беззаперечно доводить, що органи травлення є однією з головних мішеней стресу у молодих осіб. Тривога, яка не була відреагована емоційно, конвертується у фізіологічний дискомфорт (спазми, нудоту), підтверджуючи метафору нездатності «перетравити» стресогенні обставини. Також встановлено помірний прямий зв'язок ($r = 0,39$) ($p < 0,01$) між тривожністю та алгічним синдромом (болями в тілі, зокрема

головними болями та болями в шиї). Цей показник доводить наявність «м'язового панцира». Емоційна напруга переходить у фізичний гіпертонус м'язів, що провокує виникнення больових відчуттів. Помірність цього зв'язку пояснюється тим, що на виникнення болів у шиї та спині у підлітків додатково впливають і суто фізіологічні фактори. Наприклад, малорухливий спосіб життя, порушення постави під час навчання.

Висновки до другого розділу

Узагальнюючи результати проведеного емпіричного дослідження особливостей психоемоційного стану та специфіки соматизації у досліджуваної групи підлітків, можна зробити ґрунтовні висновки щодо механізмів формування психосоматичних розладів в умовах тривалого макросоціального стресу. Проведений нами якісний, кількісний та математико-статистичний аналіз дозволив виявити чіткий психосоматичний профіль сучасної молоді, яка перебуває під впливом хронічного емоційного напруження.

По-перше, аналіз показників тривожності за методикою Чарльза Спілберга виявив критично високий рівень психоемоційного виснаження серед респондентів. Встановлено, що переважна більшість групи (81,5%) має високий рівень особистісної тривожності. Це свідчить про формування стійкого когнітивного патерну, за якого молода людина віком від 16 до 25 років сприймає навколишнє середовище як об'єктивно загрозливе та небезпечне. Водночас реактивна (ситуативна) тривожність також суттєво перевищує нормативні вікові показники. 71,7% осіб віком від 16 до 25 років фіксують у себе перманентний стан внутрішнього напруження в актуальний момент часу. Більше того, детальний аналіз окремих тверджень показав тотальний дефіцит базового почуття безпеки (лише 7,5% відчувають спокій) та формування на тлі тривоги стійких деструктивних самооціночних конструктів (понад 80% періодично відчуваються «невдахами»). Окрім цього, зафіксовано масове звуження «вікна толерантності»

до стресу, що проявляється у домінуванні унікаючих стратегій поведінки (60 % опитаних намагаються уникати труднощів).

По-друге, дослідження емоційної сфери за допомогою Торонтської шкали алекситимії (TAS-20) підтвердило наявність глибоких структурних труднощів в усвідомленні, диференціації та вербалізації власних почуттів. Майже 60% респондентів відчують складність в ідентифікації емоцій, і близько 65 % не можуть знайти правильних слів для опису свого внутрішнього стану. Діагностовано високу схильність до злиття афектів: понад 60% юнаків не здатні диференціювати базові емоції (страх, сум і гнів), сприймаючи їх як єдиний недиференційований клубок дискомфорту..

По-третє, аналіз специфіки локалізації тілесних скарг за Гіссенським опитувальником дозволив виявити ключові соматичні мішені стресу. Доведено, що найбільше навантаження приймає на себе неврологічна сфера та вегетативна нервова система, що проявляється через виражений алгічний (больовий) синдром. Класичним проявом когнітивного перенапруження стали масові скарги на головні болі (зафіксовані у 89% досліджуваних). Також виявлено формування так званого «м'язового панцира» (за В. Райхом): 77,3% респондентів страждають від болів у шийно-комірцевій зоні та плечах, що є тілесним еквівалентом реакції стискання перед загрозою. Іншою критичною зоною стала гастроінтестинальна система. Понад 64% молодих людей відзначають регулярні спазми та дискомфорт у шлунку. Завершує психосоматичну картину тотальна астенизація вибірки. Синдром загального виснаження притаманний 73,6% підлітків.

По-четверте, задля забезпечення статистичної достовірності висунутої гіпотези щодо впливу тривожності на розвиток соматичних симптомів, нами було проведено кореляційний аналіз за критерієм Пірсона. Результати математичної обробки даних беззаперечно підтвердили наявність статистично значущих прямих зв'язків. Найбільш тісний кореляційний зв'язок ($r = 0,72$) зафіксовано між особистісною тривожністю та синдромом виснаження, що математично доводить факт швидкого вичерпання енергетичних ресурсів організму під дією страху. Також виявлено сильний прямий зв'язок ($r = 0,63$) між рівнем тривожності та

інтенсивністю шлункових скарг. Зв'язок між тривожністю та загальним алгічним синдромом є помірним, але статистично вагомим ($r = 0,39$).

Результати емпіричного дослідження дозволяють констатувати наявність замкненого патогенетичного кола. Висока особистісна тривожність змушує нервову систему функціонувати в режимі безперервної мобілізації; наявна алекситимія позбавляє можливості усвідомити та екологічно відреагувати цей стан; як наслідок, надлишкове збудження конвертується у соматичні симптоми, які, своєю чергою, стають додатковим джерелом стресу. Отримана нами комплексна картина доводить гостру необхідність розробки та впровадження спеціалізованих програм психологічної корекції, що будуть спрямовані на стабілізацію емоційного фону, розвиток навичок розпізнавання почуттів та оволодіння техніками тілесної саморегуляції.

РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ

3.1. Види психологічної допомоги молоді для зниження рівня тривожності.

Зважаючи на складність, тривалість та багатогранність феномену тривожності у молоді в умовах пролонгованого воєнного стану, психологічна допомога не може обмежуватися застосуванням єдиного методу. Сучасна криза генерує стрес. Цей стрес одночасно вражає когнітивну сферу, емоційну, та фізичну, тобто соматизація. Відповідно, психологічна інтервенція (втручання психолога) має бути різнобічною та реалізовуватися через комплексне поєднання різних видів допомоги. Вибір конкретного виду і формату роботи залежить від інтенсивності прояву тривожних симптомів, наявності психосоматичних ускладнень та наявного емоційного ресурсу студента [12].

Індивідуальне психологічне консультування та психотерапія – це фундаментальний вид допомоги. Він дозволяє прицільно працювати з персональними когнітивними схемами, глибинними страхами та унікальним досвідом респондента [22]. У межах індивідуального формату найбільш доказовими та ефективними є наступні підходи:

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), зокрема класична модель Арона Бека. Цей підхід спрямований на ідентифікацію та трансформацію автоматичних негативних думок і когнітивних викривлень на більш позитивні усвідомлення. Які є головним паливом для підтримання високого рівня тривоги при відсутності пропрацьованості [1;3].

- Терапія прийняття та відповідальності розроблена Стівеном Гейсом. В умовах війни, коли об'єктивну загрозу неможливо усунути, класичні спроби позбутися тривоги часто призводять до її посилення. Даний підхід навчає молодь навичкам когнітивної дефузії. Когнітивна дефузія – це здатність розтотожнювати себе зі своїми страхами. Замість безплідної боротьби з тривогою, студент вчиться

приймати свої переживання та спрямовувати енергію на дії, які відповідають його особистим і глибинним цінностям [7]. Це сприяє розвитку психологічної гнучкості.

- Екзистенційна психотерапія. Це допомога людині повернутись у теперішній момент, почати жити тут і зараз замість постійних думок про сенс життя, майбутнє і безвихід певних проблем. З огляду на те, що тривожність часто маскує глибшу кризу сенсів спровоковану феноменом «відкладеного життя», робота в парадигмі Віктора Франкла та Ірвіна Ялома стає критично необхідною. Цей вид допомоги повертає студенту почуття авторства свого життя та допомагає у пошуку сенсу навіть у найбільш травматичних та неконтрольованих обставинах. Індивідуальний формат є дуже важливим тоді, коли тривога супроводжується віковими кризами або симптомами, що вимагають абсолютної конфіденційності [48].

Групові форми психологічної допомоги також не менш важливі і можуть одночасно закрити декілька відкритих потреб людини. В умовах соціальної турбулентності цей вид допомоги набуває особливої ваги завдяки терапевтичному ефекту універсалізації досвіду. Коли молода людина потрапляє в середовище однолітків, що переживають схожі проблеми, руйнується ілюзія ізоляції та унікальності власного страждання. Молода людина перестає думати що з нею щось не так. Це є дуже велика проблема особливо підліткового віку, коли підліток стикається з відчуттям того, що його ніхто не розуміє і не зможе підтримати. Також це закриває потребу спілкування. Тож можемо привести декілька способів залучити багато студентів чи школярів у групові зустрічі:

- Групи підтримки дозволяють молоді побачити, що їхні панічні атаки чи тілесні реакції є нормальною відповіддю психіки на ненормальні обставини. Валідизація почуттів з боку групи значно знижує вторинну тривогу. Групи підтримки можуть бути організовані психологом у школі чи університеті, онлайн в телеграм групах, або можуть бути створені спеціальні чати для однодумців [47].

- Тренінги розвитку життєстійкості. Спираючись на концепцію «Життєстійкість» Сьюзан Кобаси (1979), яка визначає стійкість як рису

особистості, яка дозволяє людині ефективно справлятися зі стресовими умовами, зберігаючи при цьому психологічну стабільність та здоров'я.

Ця модель визначає три основні елементи стійкості:

1. Відданість. Переконавання, що залученість до подій у власному житті забезпечує найвищу ймовірність відкриття чогось значного та захопливого. Залучена людина знаходить цінність у своїй діяльності, незалежно від рівня стресу.

2. Контроль. Переконавання, що боротьба дозволяє впливати на хід подій, незважаючи на її обмеженість. Це протистоїть почуттю безсилля.

3. Ризик/виклики. Переконавання, що всі події, позитивні чи негативні, стають досвідом, що сприяє зростанню, а не загрозам. Людина розглядає виклики як засіб розвитку такі тренінги навчають молодь адаптивним стратегіям подолання стресу [51].

Як результат, учасники формують навички залученості в поточне життя, вчаться брати під контроль те, що лежить у зоні їхнього впливу, та розглядати життєві виклики не як фатальну загрозу, а як простір для набуття нового досвіду.

- Психоедукація. Цей вид допомоги часто недооцінюється у практичній роботі. Проте для постійно активної студентської аудиторії він є надзвичайно ефективним [49]. Психоедукація полягає у структурованому роз'ясненні молоді фізіологічних та нейробіологічних механізмів виникнення тривоги та соматизації. Існує декілька ключових фізіологічних та нейробіологічних процесів, які стають очевидними під час психоосвіти:

1. Нейробіологія тривоги:

- мигдалина. Функція цієї структури мозку вважається центром тривоги. Якщо є якась небезпека або стрес, мигдалина швидко реагує та надсилає сигнал організму про небезпеку.

- гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь. Активація мигдалини призводить до збільшення рівня гормонів стресу, таких як адреналін та кортизол.

- префронтальна кора. У нормальних умовах ця частина мозку регулює мигдалину. Але, якщо хтось відчуває високу тривожність, префронтальна кора

деактивується, що означає, що підлітки можуть мати імпульсивну поведінку або почуття паніки [9].

2. Соматизація

Ретельно вивчається, що соматизація – це явище, при якому психологічні проблеми проявляються через фізичні відчуття, незважаючи на відсутність будь-якого ідентифікованого захворювання. Тіло «перетравлює» емоційний стрес, який переживає людина, що призводить до фізичного болю.

Також окрему увагу приділяється вивчення типових соматичних симптомів у підлітків: головний біль та запаморочення, біль у животі, блювота, напруга в м'язах, стискання (плечі, щелепи), прискорене серцебиття, утруднене дихання [11].

Це все супроводжується структурним підходом і ретельним поясненням. Проводиться схема між емоцією і тілом. Підкреслює, що тривога – це природне почуття, а не хвороба. Навчаються таким методам, як вправи на заземлення, глибоке дихання та розслаблення м'язів, щоб заспокоїти мигдалину та активувати префронтальну кору.

Ключовим елементом є ознайомлення з концепцією «Вікна толерантності», яку запропонував Ден Сігел. Вона описує оптимальний діапазон емоційного збудження, у якому людина здатна ефективно функціонувати, мислити ясно та переробляти життєвий досвід без відчуття руйнації.

Ден Сігел визначає три стани:

1. Оптимальна зона (вікно толерантності): Людина розслаблена, але активна, ефективно навчається та спілкується, мислить логічно. Стрес добре контролюється без перевантаження.

2. Гіперзбудження (верхня межа): Рівень стресу перевищує межу. Це стан тривоги, паніки, гніву, дратівливості.

3. Гіпозбудження (нижня межа): Активність падає нижче нормального рівня. Це стан оніміння, депресії, замкнутості, виснаження, «завмирання» [5].

Щоб мати змогу витримувати більший рівень стресу, не перевищуючи поріг, слід зосередитися на таких кроках, як усвідомлення. Усвідомлення – це моніторинг меж, надмірного збудження або, навпаки, замкнення. Заземлення,

тобто повернення до свого тіла та поточного досвіду, наприклад, через дихання, переживання тілесних відчуттів (занурення у воду, відчуття опори на ногах). Турбота про ресурси. Це забезпечення свого тіла спокійною атмосферою, спостереження за природою, використання кольорів у повсякденному житті, що викликають позитивні емоції.

Студентам пояснюють, що коли їхня нервова система виходить за межі оптимального збудження через стрес, вони потрапляють або в зону гіперактивації (паніка, тахікардія, нав'язливі думки), або в зону гіпоактивації (апатія, депресія, дисоціація). Знання про те, що соматичні болі чи втрата концентрації – це просто біологічний сигнал організму про вихід з «вікна толерантності», дозволяє перевести тривогу зі сфери неконтрольованого жаху у сферу керованих фізіологічних реакцій. Розуміння власних нейробіологічних процесів радикально знижує страх перед власними симптомами [37].

Арт-терапевтичний та експресивний напрямки. Як самостійний вид допомоги він є незамінним при роботі з високим рівнем алекситимії, який ми фіксували в ході дослідження за допомогою шкали TAS-20. Коли префронтальна кора заблокована страхом і респондент відчуває серйозні труднощі з ідентифікацією та вербальним описом своїх емоцій, традиційна розмовна терапія стикається з сильним опором [6]. Експресивні методи дозволяють обійти когнітивні захисти. Наприклад ірраціональна тривога, неусвідомлений гнів чи біль проєктуються у зовнішній світ (через малюнок, ліплення, колажування) у вигляді метафор. Це створює необхідну безпечну дистанцію між травматичним переживанням та свідомістю, запобігаючи капсулюванню емоції в тілі у вигляді соматичного розладу [35].

Дистанційна та цифрова психологічна допомога. Враховуючи високу мобільність та диджиталізацію сучасної молоді, а також вимоги безпеки в умовах повітряних тривог, використання цифрових інструментів виокремлюється у повноцінний вид допомоги. Онлайн-консультування, використання спеціалізованих мобільних додатків для трекінгу настрою та саморегуляції, а також платформ для асинхронної текстової підтримки забезпечують екологічність та

безперервність психологічного супроводу. Це гарантує швидкий доступ до стабілізуючого ресурсу в моменти гострого нападу тривоги, незалежно від географічного розташування та умов перебування студента [37].

Кризова інтервенція та травмо-інформований підхід. Оскільки війна є триваючою психотравмуючою подією, будь-який вид психологічної допомоги має базуватися на принципах травмо-інформованості: гарантуванні безпеки, забезпеченні довіри, співпраці та розширенні можливостей і прав клієнта [20]. Перша психологічна допомога та кризова стабілізація спрямовані не на глибинний аналіз минулого, а на відновлення почуття опори та безпеки «тут і зараз». Це вид допомоги, головною метою якого є зупинка процесу руйнування психіки, запобігання розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та мінімізація ризиків незворотної соматизації. Крім того, травмо-інформований підхід сприяє формуванню стійкості (резильєнтності) особистості, розвитку навичок емоційної саморегуляції та активізації внутрішніх ресурсів людини. Завдяки цьому знижується ризик виникнення довготривалих психічних порушень, соціальної ізоляції, емоційного виснаження та психосоматичних розладів. Кризова інтервенція в умовах війни є способом надання невідкладної психологічної допомоги і дуже важливим елементом збереження психічного здоров'я населення та підтримки здатності людини до подальшого функціонування і адаптації [12].

Підсумовуючи, ефективність психологічної допомоги молоді у подоланні високого рівня тривожності та її соматичних наслідків залежить від гнучкого, системного та екологічного поєднання усіх вищезазначених видів інтервенцій, з обов'язковим урахуванням актуального психоемоційного стану та потреб кожного конкретного респондента.

3.2. Техніки роботи з тілом для зняття психоемоційної напруги

З огляду на те, що в умовах хронічного стресу воєнного часу префронтальна кора головного мозку, та яка відповідає за раціональне осмислення, часто виявляється перевантаженою і не здатною впоратися з потоком тривоги, класичні

розмовні методи терапії потребують обов'язкового доповнення соматичними інтервенціями. З точки зору нейрофізіології, коли психіка втрачає здатність до регуляції від думок до тіла, найефективнішим стає шлях передачі сигналів безпеки від фізичного тіла до мозку [5]. Саме тому інтеграція тілесно-орієнтованих практик виступає фундаментальним інструментом у подоланні психосоматичних скарг, зафіксованих нами в ході емпіричного дослідження.

Для практичного застосування у студентському середовищі нами було відібрано та систематизовано техніки, які мають міцну доказову базу та можуть використовуватися молоддю самостійно як методи швидкої саморегуляції.

Для початку розберемо методи свідомої дихальної регуляції. Дихання є унікальним фізіологічним процесом. Воно відбувається автоматично, але водночас є єдиною функцією вегетативної нервової системи, яку людина здатна контролювати свідомо. Згідно з «теорією хибної тривоги ядухи», розробленою видатним американським дослідником Дональдом Кляйном, а також клінічними дослідженнями Франка Вільгельма, що при паніці чи високій ситуативній тривожності, яку ми вимірювали за шкалою Спілберга, дихання стає поверхневим, ключичним і прискореним, що дає мозку хибний сигнал про нестачу кисню і посилює тахікардію [38;18].

В таких умовах дуже важлива техніка – діафрагмальне дихання з подовженим видихом. Головна мета цієї техніки – це механічна стимуляція блукаючого нерва, який проходить через діафрагму. Коли студент робить вдих у живіт, а видих робить у два рази довшим за вдих, наприклад, вдих на 4 рахунки, видих на 8, це штучно активує парасимпатичну гілку нервової системи. Мозок отримує біохімічний наказ того, що видих довгий, отже, небезпеки немає, можна розслабитися. Цей метод є першою лінією допомоги при серцево-судинних психосоматичних симптомах.

Також не можна не відмітити популярну, але дуже ефективну техніку «Дихання по квадрату»: Використовується для швидкого купірування гострих нападів тривоги. Схема включає чотири рівні такти: вдих (4 сек), далі затримка дихання (4 сек), далі видих (4 сек), далі затримка дихання (4 сек). Затримка дихання

призводить до легкого накопичення вуглекислого газу в крові, що фізіологічно діє на нервові центри як природний транквілізатор, гальмуючи надмірне збудження [38].

Американський фізіолог Едмунд Джейкобсон довів, що емоційна напруга завжди супроводжується напругою скелетної мускулатури. Ключові висновки його дослідження – це принцип єдності, «м'язовий панцир», і обов'язково зворотній зв'язок. Принцип єдності – це психологічна напруга, тривога, страх або стрес не виникають у мозку окремо, а завжди супроводжуються м'язовим тонусом або напругою. М'язова броня пояснює те, що у станах нервозності деякі групи м'язів нашого тіла (обличчя, шия, плечі та руки) автоматично напружуються. Якобсон продемонстрував, що якщо людина повністю розслабляє скелетні м'язи, психологічної напруги не буде, оскільки до мозку більше не надходить сигнал, який попереджає про будь-яку загрозу [40]. Тривожна молодь, яка живе в очікуванні повітряних тривог або негативних новин, формує хронічний спазм у зоні шиї, плечей та попереку [28]. Саме це пояснює високі показники ревматичних скарг за Гіссенським опитувальником (GBV-24).

Студентам пропонується спочатку довести напругу до максимуму. Виконується почергове сильне стискання певних груп м'язів (наприклад, міцно стиснути кулаки на 5-7 секунд), після чого відбувається різке їх розслаблення з концентрацією уваги на відчутті тепла і важкості (на 15-20 секунд). Оскільки фізіологічно м'яз не може залишатися у стані спазму після пікового перенапруження, настає глибока рефлексорна релаксація. Регулярне виконання цієї вправи перезаписує тілесну пам'ять, повертаючи м'язам здатність до відпочинку [14].

Далі дуже цікава і не менш корисна техніка «Сенсорного сканування тіла» як інструмент подолання алекситимії.

Ця практика, запозичена з програми зниження стресу на основі усвідомлення Джона Кабат-Зінна, має особливе значення для нашого дослідження. Як було виявлено за допомогою Торонтської шкали (TAS-20), значна частина студентів має труднощі з ідентифікацією почуттів. Вони плутають емоцію із

фізичним симптомом. Метод сканування тіла вчить розривати цей патологічний зв'язок. Перебуваючи у зручній позі, особа подумки, міліметр за міліметром, переміщує фокус уваги від кінчиків пальців ніг до маківки голови. Головне завдання – це без оцінки і критики просто фіксувати відчуття. Наприклад де є тепло, де холод, де поколювання, де напруга. Ця техніка розвиває інтероцепцію – відчуття внутрішнього стану організму [10]. Згодом студент починає розуміти, наприклад, що те, що він вважав болем у грудях, насправді є моїм непрожитим сумом. Переведення фізичного симптому у площину усвідомленої емоції позбавляє психосоматику її руйнівної сили. Регулярна практика допомагає знизити рівень стресу, заземлитись, та підвищити стійкість, запобігаючи перенапруженню.

Білатеральна стимуляція та соматичне заземлення є не менш важливі деталі в роботі з напруженням. Це ефективні дії саморегуляції. Вони спрямовані на зниження рівня стресу, тривоги та подолання травматичних переживань шляхом активізації роботи мозку та повернення уваги до власного тіла.

Зважаючи на те, що при гострій тривозі домінуючою стає активність правої (емоційної) півкулі мозку та мигдалеподібного тіла, необхідні техніки, які швидко вмикають ліву (логічну) півкулю та повертають відчуття контролю [25].

Вправа «Обійми метелика». Авторкою цієї техніки вважається Лусіано Артега. Це ефективна психотерапевтична техніка самодопомоги для зниження стресу та тривоги, заснована на методі десенсибілізації. Слово «десенсибілізація» означає зниження чутливості. Коли людина відчуває сильний стрес чи паніку, її мозок реагує так, наче вона перебуває в реальній небезпеці. Вправа допомагає заспокоїти цю гостру реакцію тіла. Спогад чи тривожна думка залишаються, але вони перестають викликати біль, страх чи прискорене серцебиття [35].

Студент схрещує руки на грудях так, щоб кисті лягли на ключиці, і починає по черзі, ритмічно поплескувати себе долонями (права-ліва-права-ліва). Така поперемина стимуляція тіла змушує обидві півкулі мозку працювати синхронно. Це допомагає швидко опрацювати гострий афект, знизити градус паніки та повернути людину у стан «тут і зараз».

Перейдемо до соматичного вивільнення за Пітером Левіном. Згідно з цією концепцією, травматичний стрес осідає в тілі, якщо біологічна реакція «бий або біжи» не була завершена дією. Оскільки молодь не може фізично втекти від війни, енергія виживання блокується у вигляді соматичного напруження. Техніки соматичного вивільнення передбачають використання мікрорухів. Це можуть бути дії направлені на дрібне трясіння руками, рефлекторне потягування, витрушування напруги з усього тіла, нейрогенний тремор, плач. Це імітує природний механізм, за допомогою якого ссавці в дикій природі скидають надлишок адреналіну після втечі від хижака [50].

Систематичне використання запропонованих тілесно-орієнтованих технік є науково обґрунтованим шляхом до розірвання порочного кола психосоматики. Вони формують у молодій людини стійку навичку самодопомоги, повертаючи їй відчуття базового контролю над власним життям та тілом навіть у найскладніших умовах непередбачуваної реальності.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі вирішено актуальне науково-практичне завдання, що полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні взаємозв'язку між рівнем тривожності та специфікою локалізації психосоматичних симптомів у молоді віком від 16 до 25 років в умовах воєнного стану. Також розробка відповідних рекомендацій щодо їх корекції. За результатами проведеного дослідження зроблено такі висновки:

Здійснений теоретичний аналіз проблеми показав, що в умовах тривалого стресу та воєнного стану класична реактивна тривога перетворюється на перманентний, фоновий стан гіперпильності та екзистенційної кризи. Для юнацького віку (16–25 років) війна провокує крах базових ілюзій про безпеку світу та призводить до синдрому «відкладеного життя». Цей вік є особливо сенситивним періодом формування ідентичності та життєвих планів. Встановлено, що нейробіологічна незрілість префронтальної кори у цьому віці не дозволяє повною мірою загальмувати надмірне збудження лімбічної системи. Це створює фізіологічне підґрунтя для переходу невідреагованої психологічної напруги у соматичну сферу.

Визначено ключові психологічні механізми соматизації емоцій. Головним каталізатором перетворення тривоги на фізичний біль виступає алекситимія. Це нездатність молоді людини ідентифікувати, усвідомити та вербально виразити свій страх і гнів. Перебуваючи в умовах тотальної невизначеності та інформаційного перевантаження, психіка вдається до конверсії. Далі психіка перенаправляє енергію заблокованих емоцій в «органи-мішені». Цей процес супроводжується формуванням «м'язового панцира». «М'язовий панцир» – це хронічне затискання тіла, м'язів. Також активується реакція «завмирання», коли тіло починає функціонувати в режимі алоstaticного перевантаження, сигналізуючи про виснаження через хворобу.

За результатами емпіричного дослідження (53 особи), яке було проведено за допомогою стандартизованих психодіагностичних інструментів, підтверджено

наявність критично високого рівня психоемоційної напруги серед молоді. Зафіксовано, що майже всі досліджувані мають високий рівень особистісної і реактивної тривожності (за шкалою Ч. Спілбергера). Переважна більшість респондентів схильна до уникаючої поведінки та страждає від нестачі базового відчуття спокою. Виявлено глибокий дефіцит емоційної регуляції (за TAS-20): більше половини обраної вибірки молоді не здатні підібрати правильні слова для опису своїх почуттів та демонструють домінування зовнішньо-орієнтованого мислення, використовуючи раціоналізацію як жорсткий захист від переживань.

Емпірично доведено наявність чітко вираженого психосоматичного патерну у досліджуваній групі (за опитувальником GBB-24). Встановлено, що найсильнішого удару від хронічного стресу зазнає нервова система та опорно-руховий апарат. Майже вся вибірка молодих осіб регулярно страждають від головного болю і відзначають біль і напругу в шийно-комірцевій зоні та плечах. Також критичною зоною соматизації є гастроінтестинальна система (більше половини скаржаться на спазми в шлунку), що є тілесною метафорою нездатності «перетравити» стресогенні події. Завершує картину тотальна астенізація: молодь відчуває перманентну слабкість та загальне виснаження.

Кореляційний аналіз (за критерієм Пірсона) статистично підтвердив висунуту гіпотезу: високий рівень особистісної тривожності є потужним детермінуючим фактором розвитку соматичних порушень. Доведено існування математично значущих прямих зв'язків між особистісною тривогою та синдромом загального виснаження, гастроінтестинальними скаргами та загальним алгічним синдромом. Отримані показники беззаперечно свідчать, що чим більше зростає тривога та схильність індивіда сприймати середовище як загрозове, тим швидше вичерпується його енергетичний потенціал і тим інтенсивніше проявляється біль у тілі.

З метою профілактики та зниження проявів психосоматичних симптомів розроблено комплексні практичні рекомендації. Обґрунтовано необхідність застосування мультимодального підходу, що поєднує когнітивно-поведінкову терапію, терапію прийняття та відповідальності, психоедукацію та групову

підтримку. Доведено, що обов'язковим компонентом стабілізації молоді в кризових умовах є тілесно-орієнтовані техніки саморегуляції. Наприклад такі як діафрагмальне дихання, прогресивна м'язова релаксація, білатеральна стимуляція «Обійми метелика» та сенсорне сканування тіла.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що психосоматичні розлади молоді в умовах війни є комплексною відповіддю виснаженої психіки на постійну екзистенційну загрозу. Своєчасне виявлення цих симптомів та впровадження травмо-інформованого психологічного супроводу є критично важливим завданням для збереження психічного та фізичного здоров'я молодого покоління.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Архангельська М. В. Когнітивно-поведінкова терапія як система психотерапевтичних втручань першого вибору в лікуванні тривожних розладів. *Південноукраїнський психологічний журнал*. 2024. № 2 (7). С. 49–54.
2. Асєєва Ю. О., Вітринсова Д. К. Самореалізація як психологічний феномен. Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського. Одеса, 2024. С. 1–5.
3. Бек Дж. С. Когнітивно-поведінкова терапія: основи та практика / пер. з англ. Київ : Науковий світ, 2023. 460 с.
4. Блохіна, І. О. Психологічні причини виникнення тривожності у студентів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2021. № 4. с. 82-86. –
5. Ван дер Колк Б. Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому / пер. з англ. Т. Синеок. Харків : Vivat, 2022. 576 с.
6. Василець В. В., Шаповал І. І., Шалковська Є. І., Клебанська А. О., Станіславчук М. А. Кросс-культурна адаптація україномовної версії торонтської шкали алекситимії. *Український ревматологічний журнал*. 2023. № 1.
7. Гейз С. С., Штротсаль К. Д., Вілсон К. Г. Терапія прийняття та відповідальності. Процес і практика усвідомлених змін / пер. з англ. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2024. 536 с.
8. Горні К. Невротична особистість нашого часу / пер. з англ. Київ : Центр учбової літератури, 2026. 214 с.
9. Грицуляк В. Б., Хало О. Є., Долінко Н. П. Анатомія і еволюція центральної нервової системи. Івано-Франківськ, 2019. С. 2–15.
10. Джойс Ф., Стілс Ш. Гештальт-терапія крок за кроком / пер. з англ. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2024. 544 с.

11. Друзь О. В., Аймедов К. В., Луньов В. Є., Черненко І. О. Психосоматичні та соматопсихічні розлади в практиці медичного психолога : монографія. Одеса : Прес-кур'єр, 2016. 376 с.
12. Євдокимова Н., Зливков В., Лукомська С., Котух О. Особистість в умовах війни: психологічна діагностика та допомога : навч. посіб. Київ, 2025. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/746822/> (дата звернення: 01.05.2026).
13. Живоглядюв Ю. О., Носаль Л. Г. Екзистенційна психологія кризових станів особистості. Тривога та вина в переживанні вибору майбутнього. *Вчені записки університету КРОК*. 2022. С. 165–172.
14. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : метод. посіб. / Н. А. Агаєв та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
15. Зливков В. Л., Лукомська С. О. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях : навч. посіб. Київ, 2016. 219 с.
16. Коваленко І. І. Соціальна ізоляція і соціальне дистанціювання.» *Інтеграційний розвиток особистості та суспільства: психологічний і соціологічний виміри* : матеріали II Міжнарод. наук.-практ. конф., 12 червня 2020 р. Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2020. С. 105–107.
17. Кожина Г. М. Тривожність під час війни: шляхи терапії. *Неврологія. Психіатрія. Психотерапія*. 2023. № 3. С. 29–34.
18. Кокур О. М. Психологічна діагностика кризових та стресових станів : практ. посіб. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 125 с.
19. Кравцова О. К. «Стресостійкість особистості як психологічний феномен: основні теоретичні підходи.» *Вісник післядипломної освіти. Серія : Соціальні та поведінкові науки*. 2019. Вип. 7. С. 98–117.
20. Кузікова С. Б., Щербак Т. І. Життєстійкість як адаптаційний ресурс особистості у реальності невизначеності життя. *Слобожанський науковий вісник. Серія Психологія*. 2023. № 2. С. 24–29.

21. Левін П. А. Зцілення від травми. Новаторська програма з відновлення мудрості тіла / пер. з англ. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2022. 156 с.
22. Ліхи Р. Л. Техніки когнітивної терапії. Посібник психотерапевта / пер. з англ. Київ : Науковий світ, 2023. 748 с.
23. Луцюк Т. І. Екзистенційна криза в умовах війни: причини та наслідки. *Національний університет «Острозька академія»*. Острог, 2024. С. 90–92.
24. Мазур О., Ткаченко І., Чепурна В. Посттравматичний стресовий розлад в умовах військового стану. *Наукові перспективи*. 2023. Т. 5, № 35. С. 825–834.
25. Максименко С. Д. Психологічні наслідки війни: як допомогти дітям і підліткам у системі освіти. *Психологічний журнал*. 2022. № 8. С. 15–23.
26. Марандел А. Мотиваційна сфера особистості у часі дорослішання. *Міністерство внутрішніх справ України, Львівський державний університет*. Львів, 2026. С. 9–17. – Джей гід
27. Мате Г. Коли тіло каже «ні». Ціна прихованого стресу / пер. з англ. Київ : Смаки, 2022. 304 с.
28. Мельничук І. Я. Історія психології. Кропивницький : ПП «Центр оперативної поліграфії «Авангард», 2017. 168 с.
29. Мельничук І. Я. Переосмислення біхевіоризму. Матеріали конференції. Центральноукраїнський державний педагогічний університет імені Володимира Винниченка. Кропивницький, 2018. С. 2–3. – біхевіоризм
30. Мусій Є. В. Особистість крізь призму сучасної психологічної науки. *Львівський національний університет імені Івана Франка*. Львів, 2024. С. 69–70.
31. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
32. Огоренко В., Шустерман Т. Й., Ліхолетов Є. Психосоматичний стан цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2023. Т. 7, № 2. URL: <https://doi.org/10.26766/PMGP.V7I2.370> (дата звернення: 11.05.2026).

33. Павленко Т. Люди війни. Робота з ресурсами психіки. Одеса : Видавничий дім «Гельветика» ; Видавництво «Психобук», 2023. 150 с.
34. Райда К. Ю. «Екзистенціальні психологія та філософія Ролло Мея в контексті гуманітарних досліджень буття у постіндустріальному та інформаційно-комп'ютерному світі.» 2019. С. 25–35.
35. Романовська, Д. Д., Бондар, Л. І., Гальчук, К. В., Гречко, Р. І. та Гнідан, М. В. «Психологічна допомога в закладах освіти: ефективні методики та практики». Чернівці, 2024. с. 210-218.
36. Саріогло О., Літвінова О. Психосоматична симптоматика у студентів-психологів в умовах переживання стресових подій. *Молодий вчений*. 2022. № 7. С. 107–110.
37. Ткач Т. А., Завацький В. Сучасні нейропсихологічні та когнітивно-поведінкові підходи та їх інтеграція в психотерапевтичну практику. *Теорія і практика психотерапії*. 2024. URL: <https://tpppjournall.com.ua/n68y2k25a1.html> (дата звернення: 21.05.2026).
38. *Українська школа в контексті війни: психологічні проблеми* : збірник матеріалів Всеукраїнської наук.-практ. інтернет-конф., 23 серпня 2024 р. Київ, 2024. С. 10–11. – дихання по квадрату
39. Уланов Т. В. Історія психосоматики. Вільгельм Райх. *Актуальні питання сучасної психології* : збірник наукових праць / Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка. Суми, 2024. С. 95. – вільгельм райх
40. Фройд З. Вступ до психоаналізу / пер. з нім. П. Тарашук. Харків : Клуб Сімейного Дозвілля, 2015. 480 с.
41. Чабан О. С., Хаустова О. О. Медична психологія : підручник. 2-ге вид. Київ : Медицина, 2021. 368 с.
42. Чабан О. С., Хаустова О. О. «Практична психосоматика: хронічний біль.» Київ : Медкнига, 2024. 131 с.

43. Шаденко А. В., Молінська В. Ю. Хронічний стрес і здоров'я особистості. Збірник наукових праць / Львівський державний університет внутрішніх справ. Львів, 2019. С. 316–504. – алоstaticне навантаження
44. Шевчук В. В., Клива О. П., Хоменко Є. Г. Психологічні особливості переживання моральної травми під час війни. *Innovative development of science, technology and education : proceedings of II International Scientific and Practical Conference*, Vancouver, 16-18 November 2023. Vancouver : Perfect Publishing, 2023. С. 517–523. – моральна травма
45. Шпак С., Якубовська С., Трамбовецька Н. Вплив когнітивної психотерапії А. Бека на психологічний стан особистості в юнацькому віці. *Наукові перспективи*. 2025. № 10 (56). С. 2093–2107.
46. Шторк Т. Психоаналіз і психосоматика. Тілесні основи психодинаміки / пер. з нім. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2025. 312 с.
47. Ялом І. Дар психотерапії: Відкритий лист до нового покоління терапевтів та їхніх пацієнтів / пер. з англ. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2024. 384 с.
48. Ялом І. «Екзистенційна психотерапія» / пер. з англ. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2026. 656 с.
49. Яценко Т. С. Глибинна психокорекція : теорія і практика. Київ : Либідь, 2004. 254 с.
50. Яцина О. Ф. Вплив війни на психічне здоров'я: ознаки травматизації психіки дітей та підлітків. *Перспективи та інновації науки. Серія : «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»*. Київ : Всеукраїнська асамблея докторів наук з державного управління, 2022. № 7 (25). С. 554–567.
51. Kobasa S. C. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1979. Vol. 37 (1). P. 1–11.

ДОДАТКИ

Додаток А

Бакалаврське дослідження на тему: «Психосоматичні прояви тривожності у молоді під час війни».

Запрошуємо молодь віком від 16 до 25 років взяти участь у психологічному дослідженні!

Це опитування присвячене вивченню зв'язку між нашим емоційним станом, рівнем тривожності та тим, як на стрес реагує наше тіло в умовах сьогодення. Ваша участь допоможе глибше зрозуміти механізми психосоматики та розробити ефективні рекомендації для підтримки молоді.

Участь у дослідженні є повністю добровільною та абсолютно анонімною. Ми не збираємо імена, електронні адреси чи інші ідентифікаційні дані. Усі результати будуть використані виключно в узагальненому вигляді для написання наукової (дипломної) роботи.

Вкажіть вашу стать

Чоловіча

Жіноча

Вкажіть ваш вік (від 16 до 25)

Зразки психодіагностичних матеріалів:

Шкала Спілберга:

Шкала ситуативної тривожності

1. Я спокійний

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

2. Мені ніщо не загрожує

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

3. Я перебуваю в напруженні

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

4. Я внутрішньо скутий

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

5. Я відчуваю себе вільно

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

6. Я засмучений

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

7. Мене хвилюють можливі невдачі

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

8. Я відчуваю душевний спокій

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

9. Я стривожений

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

10. Я відчуваю внутрішнє задоволення

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

11. Я впевнений в собі

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

12. Я нервуюсь

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

13. Я не знаходжу собі місця

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

14. Я напружений

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

15. Я не відчуваю скутості, напруження

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

16. Я задоволений

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

17. Я стурбований

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

18. Я дуже збуджений і мені не по собі

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

19. Мені радісно

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

20. Мені приємно

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

Шкала особистісної тривожності

21. У мене буває піднесений настрій

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

22. Я буваю дратівливим

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

23. Я легко впадаю в розпач

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

24. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

25. Я тяжко переживаю неприємності та довго не можу про них забути

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

26. Я відчуваю приплив сил і бажання працювати

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

27. Я спокійний, урівноважений та зібраний

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

28. Мене турбують можливі труднощі

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

29. Я дуже переживаю через дрібниці

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

30. Я буваю цілком щасливий

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

31. Я все приймаю близько до серця

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

32. Мені не вистачає впевненості в собі

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

33. Я відчуваю себе беззахисним

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

34. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

35. У мене буває хандра

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

36. Я буваю задоволений

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

37. Усілякі дрібниці відволікають і хвилюють мене

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

38. Буває, що я відчуваю себе невдахою

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

39. Я врівноважена людина

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

40. Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи

Ніколи

Майже ніколи

Часто

Майже завжди

Методика містить дві самостійні підшкали по 20 тверджень у кожній.

Відповіді респондентів оцінюються за градацією від 1 до 4 балів.

Реактивна тривожність (РТ):

Прямі пункти (шкала напруження): № 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18.

Обернені пункти (шкала спокою): № 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Формула розрахунку:

Особистісна тривожність (ОТ):

Прямі пункти (наявність тривожності): № 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40.

Обернені пункти (відсутність тривожності): № 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Формула розрахунку:

Рівнева шкала інтерпретації (для РТ та ОТ однакова):

До 30 балів — низький рівень тривожності;

31–44 бали — помірний (середній) рівень тривожності;

45 балів і більше — високий рівень тривожності.

Мені часто важко розібратися, що саме я відчуваю.

1. Повністю не згоден

Не згоден

Не впевнений у відповіді

Згоден

Повністю згоден

2. Мені важко знайти правильні слова для своїх почуттів.

Повністю не згоден

Не згоден

Не впевнений у відповіді

Згоден

Повністю згоден

3. У мене бувають такі відчуття у тілі, в яких не можуть розібратися навіть лікарі.

Повністю не згоден

Не згоден

Не впевнений у відповіді

Згоден

Повністю згоден

4. Я легко можу описати свої почуття.

Повністю не згоден

Не згоден

Не впевнений у відповіді

Згоден

Повністю згоден

5. Я волію аналізувати проблеми, а не просто про них розповідати.

Повністю не згоден

Не згоден

Не впевнений у відповіді

Згоден

Повністю згоден

6. Коли я засмучений, я не знаю – чи мені сумно, чи я наляканий, чи злюсь.

Повністю не згоден

Не згоден

Не впевнений у відповіді

Згоден

Повністю згоден

7. Мене часто спантеличують відчуття у моєму тілі.

Повністю не згоден

Не згоден

Не впевнений у відповіді

Згоден

Повністю згоден

8. Я вважаю за краще, щоб все йшло своїм ходом, ніж розбиратимуся, чому вийшло саме так.

Повністю не згоден

Не згоден

Не впевнений у відповіді

Згоден

Повністю згоден

9. У мене бувають почуття, які я не можу точно назвати.

Повністю не згоден

Не згоден

Не впевнений у відповіді

Згоден

Повністю згоден

10. Дуже важливо усвідомлювати свої емоції.

Повністю не згоден

Не згоден

Не впевнений у відповіді

Згоден

Повністю згоден

11. Мені важко описувати, які почуття я відчуваю до інших людей.

Повністю не згоден

Не згоден

Не впевнений у відповіді

Згоден

Повністю згоден

12. Люди радять мені більше говорити про свої почуття.

Повністю не згоден

Не згоден

Не впевнений у відповіді

Згоден

Повністю згоден

13. Я не знаю, що відбувається всередині мене.

Повністю не згоден

Не згоден

Не впевнений у відповіді

Згоден

Повністю згоден

14. Я часто не знаю, чому злюся.

Повністю не згоден

Не згоден

Не впевнений у відповіді

Згоден

Повністю згоден

15. Я волію розмовляти з людьми про їхні повсякденні справи, а не про їхні почуття.

Повністю не згоден

Не згоден

Не впевнений у відповіді

Згоден

Повністю згоден

16. Я волію дивитися легкі, розважальні програми, а не психологічні драми.

Повністю не згоден

Не згоден

Не впевнений у відповіді

Згоден

Повністю згоден

17. Мені важко розкривати свої найпотаємніші почуття, навіть близьким друзям.

Повністю не згоден

Не згоден

Не впевнений у відповіді

Згоден

Повністю згоден

18. Я можу відчувати близькість до іншої людини, навіть коли ми мовчимо.

Повністю не згоден

Не згоден

Не впевнений у відповіді

Згоден

Повністю згоден

19. При вирішенні особистих проблем я вважаю за корисне розібратися у своїх почуттях.

Повністю не згоден

Не згоден

Не впевнений у відповіді

Згоден

Повністю згоден

20. Пошук прихованого сенсу у фільмах чи виставах заважає отримувати задоволення від них.

Повністю не згоден

Не згоден

Не впевнений у відповіді

Згоден

Повністю згоден

Складається з 20 пунктів. Оцінювання проводиться за 5-бальною системою (від 1 — «абсолютно не згоден» до 5 — «абсолютно згоден»).

Процедура перекодування обернених пунктів:

Для пунктів № 4, 5, 10, 18, 19 бали підраховуються у зворотному порядку (тобто відповідь 1 бал = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1).

Субшкали (Внутрішні фактори опитувальника):

Фактор 1: Труднощі ідентифікації почуттів (ТИП) — сума балів за пунктами: 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14.

Фактор 2: Труднощі опису почуттів (ТОП) — сума балів за пунктами: 2, 4 (обернений), 11, 12, 17.

Фактор 3: Зовнішньо-орієнтоване мислення (ЗОМ) — сума балів за пунктами: 5 (обернений), 8, 10 (обернений), 15, 16, 18 (обернений), 19 (обернений).

Критерії оцінювання загального показника:

51 бал і менше — відсутність алекситимії (норма);

52–60 балів — проміжний рівень (група ризику);

61 бал і більше — виражена алекситим

Гіссенський опитувальник

Гіссенському опитувальнику соматичних скарг виявляє інтенсивність емоційно забарвлених скарг з приводу стану фізичного здоров'я, яка високо корелює з

маскированою депресією. Для правильної інтерпретації необхідно з'ясувати, чи немає у обстежуваного встановлених соматичних захворювань з підтвердженими діагнозами.

Опитувальник має 5 шкал:

Е: Виснаження.

М: Шлункові скарги.

Г: Ревматичний фактор.

Н: Серцеві скарги.

Загальний бал.

Бланк опитувальника

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

0 – не турбує ніколи;

1 – турбує дуже рідко;

2 – часом турбує;

3 – часто турбує;

4 – турбує майже постійно.

56

Діагностика в психосоматики

Чи турбують вас:

--- --- --- 1 Е	Г
Відчуття слабкості	Болі в суглобах і кінцівках
Підвищена сонливість	Болі в попереку або спині
Швидка виснаженість	Болі в шиї, потилиці
Втома	або плечових суглобах
Почуття оглушення	Головні болі
Млявість	Відчуття тяжкості
	або втоми в ногах
	Відчуття тиску в голові

М	Н
Почуття переповнення в животі	Серцебиття, перебої У серці
Блювота	Запаморочення
Нудота	Відчуття кома в горлі
Відрижка	Важкість у грудях
Печія	Напади задишки
Болі у шлунку	Серцеві напади

Містить 24 твердження. Інтенсивність кожної скарги оцінюється від 0 («ні, ніяк») до 4 («так, сильно»).

Розрахунок за клінічними шкалами:

Шкала 1: Виснаження (загальний соматичний синдром) — сума пунктів: 1, 7, 13, 19, 21, 24.

Шкала 2: Шлунково-кишкові скарги — сума пунктів: 2, 8, 14, 15, 17, 23.

Шкала 3: Серцево-судинні скарги — сума пунктів: 3, 4, 9, 10, 11, 16.

Шкала 4: Скарги на біль (алгічний/ревматоїдний синдром) — сума пунктів: 5, 6, 12, 18, 20, 22.

Загальний індекс соматичних скарг (ЗІСС):

Обчислюється як повна сума балів усіх 24 пунктів (діапазон 0–96 балів). Високий бал вказує на вираженість психосоматичних та соматоформних дисфункцій.

Прогресивна м'язова релаксація за Едмундом Джейкобсоном

Мета: зняття м'язового панцира, який формується внаслідок хронічного стресу та тривожності. Техніка базується на фізіологічному принципі: після сильного напруження м'яза автоматично настає його глибоке розслаблення.

Інструкція до виконання: вправу рекомендовано виконувати сидячи або лежачи в тихому місці. Кожен цикл напруження триває 5-7 секунд, розслаблення — 15-20 секунд. Увага має бути зосереджена на контрасті відчуттів між напругою та розслабленням.

Кисті рук: Стисніть кулаки з максимальною силою (5 сек). Різко розслабте, дозвольте рукам вільно впасти. Відчуйте тепло в долонях.

Плечі та шия: Підніміть плечі максимально високо до вух, втягуючи голову (5 сек). Різко опустіть плечі вниз, розслабте шию.

Обличчя: Сильно замружте очі, зморщіть ніс, стисніть щелепи (5 сек). Повністю розслабте м'язи обличчя, дозвольте нижній щелепі злегка відвиснути.

Живіт і спина: Зведіть лопатки разом, одночасно сильно втягніть живіт (5 сек). Зробіть глибокий видих і розслабте тулуб.

Ноги: Потягніть носки на себе, максимально напружуючи литкові м'язи та стегна (5 сек). Розслабте ноги, відчуйте тяжкість.

2. Білатеральна стимуляція «Обійми метелика»

Мета: Швидке зниження гострої тривоги, заземлення та стабілізація нервової системи за рахунок почергової стимуляції лівої та правої півкуль мозку.

Інструкція до виконання:

1 Схрестіть руки на грудях так, щоб права кисть лягла на ліве плече (або ключицю), а ліва кисть — на праве. Великі пальці можуть бути зчеплені, утворюючи «тіло метелика», а решта пальців — «крила».

2 Опустіть погляд або заплющте очі, якщо це комфортно.

3 Почніть легенько, ритмічно поплескувати себе долонями по плечах: спочатку лівою, потім правою (як помаху крил метелика).

4 Зберігайте повільний, ритмічний темп. Одночасно фокусуйтеся на диханні: робіть глибокий вдих і повільний, плавний видих.

5 Продовжуйте вправу від 2 до 5 хвилин, поки не відчуєте зниження рівня емоційної напруги та повернення відчуття безпеки в тілі.

3. Техніки контролю дихання: Діафрагмальне дихання та «Дихання по квадрату»

Мета: Активація парасимпатичної нервової системи, купірування панічних атак, зниження частоти серцевих скорочень.

Інструкція до виконання:

Діафрагмальне (черевне) дихання: Покладіть одну руку на груди, іншу — на живіт. Робіть повільний вдих через ніс так, щоб надувався живіт (рука на животі піднімається), а грудна клітка залишалася нерухомою. Видих робіть через злегка зімкнуті губи, живіт при цьому здувається.

«Дихання по квадрату»: Уявіть перед собою квадрат. Рухайтесь поглядом по його гранях, дотримуючись ритму:

Вдих на 4 рахунки (1-2-3-4).

Затримка дихання на 4 рахунки.

Видих на 4 рахунки.

Затримка дихання на 4 рахунки.

Повторювати цикл 5-10 разів до повної стабілізації стану.

Кількісні показники рівнів реактивної та особистісної тривожності у
молоді (за методикою Ч. Спілбергера)

Загальний обсяг вибірки: $n = 54$ особи (віком від 16 до 25 років).

Показники Реактивної тривожності (РТ):

Середній бал по вибірці: 50,68 балів (відповідає високому рівню).

Розподіл за рівнями:

Високий рівень (понад 45 балів) діагностовано у 38 осіб, що становить 70,4% від загальної кількості досліджуваних.

Помірний та низький рівні (до 44 балів) виявлено у 16 осіб (29,6% вибірки).

Висновки за шкалою: Переважна більшість молоді перебуває у стані вираженого гострого психоемоційного напруження та суб'єктивного відчуття загрози тут і зараз, що є наслідком перебування в умовах активних бойових дій.

2. Показники Особистісної тривожності (ОТ):

Середній бал по вибірці: 52,00 бали (відповідає високому рівню).

Розподіл за рівнями:

Високий рівень діагностовано у 44 осіб, що становить 81,5% від загальної кількості досліджуваних.

Помірний та низький рівні виявлено у 10 осіб (18,5% вибірки).

Висновки за шкалою: Показники ОТ переважають над показниками РТ. Тривога втратила ситуативний характер та інтегрувалася у структуру особистості респондентів. Висока особистісна тривожність у 81,5% молоді свідчить про стан хронічного стресу та виступає фундаментом для розвитку психосоматичних порушень і стрімкого виснаження адаптаційних ресурсів.

Середні показники інтенсивності соматичних скарг та вегетативних дисфункцій у молоді (за Гіссенським опитувальником GVB-24)

Загальний обсяг вибірки: $n = 53$ особи.

Синдром загального виснаження (головна мішень соматизації)

Середній бал по вибірці: 13,9 балів (найвищий показник серед усіх шкал).

Емпіричний висновок: Даний фактор є базовим індикатором загальної втрати життєвої енергії, перманентного стресу та втоми нервової системи. Постійне перебування в умовах макросоціальної загрози вимагає колосальних витрат ресурсу на підтримку гіперпильності. Організм функціонує в режимі енергодефіциту, що призводить до стадії виснаження (за Г. Сельє), яка проявляється апатією, головними болями та відчуттям безсилля.

2. Шлунково-кишкові скарги (гастроінтестинальний синдром)

Середній бал по вибірці: 13,1 балів.

Емпіричний висновок: ШКТ демонструє надзвичайно високу чутливість до емоційних флуктуацій. Заблокована тривога стимулює симпатичний відділ нервової системи, що спричиняє спазмування гладкої мускулатури та порушення секреторної функції. Ці скарги (нудота, важкість) виступають фізіологічним еквівалентом психологічної нездатності «перетравити» та прийняти складні життєві обставини.

3. Серцево-судинні скарги

Середній бал по вибірці: 8,8 балів.

Емпіричний висновок: Суб'єктивні відчуття аритмії, стискання в грудях та нестачі повітря є еволюційно детермінованим супроводом високої реактивної тривожності. Організм мобілізується за патерном «бий або біжи», проте екзистенційна загроза не знаходить розрядки у фізичній дії, що призводить до фіксації кардіологічних скарг.

4. Скарги на біль (алгічний та ревматичний синдроми)

Середній бал по вибірці: 8,0 балів.

Емпіричний висновок: Наявність блукаючих болів у м'язах та суглобах свідчить про формування захисного «м'язового панцира». Хронічний гіпертонус скелетної мускулатури є наслідком стримування негативних афектів. З часом молода людина перестає розпізнавати це напруження як емоцію, сприймаючи його виключно як фізичний дискомфорт.