

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

**РОЛЬ СТРЕСУ В ПАТОГЕНЕЗІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ**

Кваліфікаційна робота (проект)
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконала: здобувачка 231Мз групи

Спеціальності 053 «Психологія»

Ірина КРАВЧУК

Керівник: к. психол. н., доцентка

Олена ШЕЛЕСТОВА

Рецензент: к.мед.н, лікар-психіатр

Вікторія ЛОМТЄВА

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1.ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЛІ СТРЕСУ В ПАТОГЕНЕЗІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	7
1.1 Концепція стресу: визначення та еволюція.....,,,	7
1.2 Еволюція теорії про стрес.....	9
1.3 Патогенез психосоматичних розладів під впливом стресу.....	10
1.4 Психосоматика та психосоматичні розлади	12
Висновки до розділу 1.....	15
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛЬ СТРЕСУ В ПАТОГЕНЕЗІ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ.....	16
2.1Характеристика вибірки. Методи та методики побудови емпіричного дослідження.	16
2.2 Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	23
Висновки до розділу 2.....	37
ВИСНОВКИ.....	39
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	41
ДОДАТКИ	
Додаток А.	45
Додаток Б.....	47
Додаток В.....	49
Додаток Г.....	50
Додаток Д.....	53
Додаток Е.....	54
Додаток Є.....	57

ВСТУП

Актуальність теми. З розвитком суспільства та сучасних соціально-економічних тенденцій, що характеризуються високим рівнем стресу, пандемії коронавірусу, війни в Україні, зміні інформаційних потоків та економічної нестабільності створили такі умови, які негативно впливають на психічне та фізичне здоров'я людей. Стрес є нормальною біологічною природною реакцією організму на зміни в довкіллі, його надмірний рівень може призвести до розвитку різноманітних захворювань, зокрема психосоматичних.

Взаємозв'язок стресу та психосоматичних розладів досліджується вже давно. Серед видатних вчених, які внесли значний вклад у цю галузь, можна назвати Хайнрота І., Фрейда З., Енгеля Дж., Данбар Х., Сельє Г., Міллер А., та Мате Г. Сучасні українські дослідники Чабан О., Хаустова О., Караваєва Н., Кириченко Л., та Грицюк І. також активно займаються вивченням цього питання.

Незважаючи на численні дослідження, проблема виникнення психосоматичних захворювань під впливом стресу залишається актуальною. Кожна нова криза, чи то пандемія чи то війна, вносить свої корективи у механізми розвитку та прояву цих розладів. Крім того, наукові дані щодо впливу стресу на організм часто суперечливі та потребують подальшого уточнення.

Питання психосоматики і стресу досліджували Кoen Ш., Дерогатіс Р., Грек Б., Кохман С., Холмс Т., Райх Р., Спітцер Р., ЛовіБонд С., ЛовіБонд П., Вільямс Дж., Кренке К. у співпраці з Pfizer Inc. Вони визнавали тісний зв'язок між психічним станом людини та її фізичним здоров'ям: вони розглядали стрес як ключовий фактор, що здатен викликати або загострювати соматичні симптоми. Спираючись на біопсихосоціальну модель, ці науковці підкреслювали важливість раннього виявлення психоемоційного напруження, оскільки хронічний стрес може трансформуватися у психосоматичні розлади. Дослідники

також акцентували на значенні системного підходу, який поєднує психологічну діагностику, самоспостереження та психоедукацію як ефективні інструменти профілактики.

Проблема впливу стресу на людину є предметом уваги сучасних українських науковців, зокрема Наугольника Л., Пилипака Ю., Овчаренка О., Зацікавленість представників різних наукових напрямів – соціології, психології, медицини, фізіології та інших – свідчить про те, що питання впливу стресу на організм має міждисциплінарний характер і потребує подальшого ґрунтовного дослідження. Тому темою наукового дослідження було обрано «Роль стресу в патогенезі психосоматичних захворювань». Питання є актуальним та потребує подальшого дослідження.

Мета кваліфікаційної роботи: дослідити роль стресу та психосоматичні захворювання, оцінити зв'язок між рівнем стресу та тяжкістю проявів психосоматичних розладів та розробити рекомендації щодо їх профілактики.

Об'єкт дослідження: психосоматичні захворювання.

Предмет дослідження: механізми впливу стресу на розвиток і перебіг психосоматичних захворювань.

Гіпотеза дослідження: існує прямий зв'язок між рівнем постійного стресу та проявами психосоматичних захворювань.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові джерела та зробити огляд сучасних концепцій стресу та психосоматичних захворювань.
2. Проаналізувати механізми взаємодії психічних і соматичних факторів у розвитку захворювань
3. Виділити найбільші актуальні проблеми у дослідженні впливу стресу в патогенезі психосоматичних захворювань.
4. Емпірично дослідити роль стресу у виникненні психосоматичних захворювань людини.

5. Встановити зв'язки між рівнем стресу та тяжкістю психосоматичних розладів.

Методи дослідження.

Відповідно до мети і завдань дослідження було застосовано комплекс взаємодоповнювальних методів та методик. До теоретичних методів віднесено аналіз, узагальнення, синтез, порівняння, систематизацію наукових джерел, що висвітлюють проблему можливого впливу певних чинників на людину. Емпіричний етап передбачав – анкетне опитування за допомогою Google форма. Для обробки отриманих результатів використовувалися статистичні методи, зокрема порівняльний аналіз та кореляційний аналіз.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в поглибленні наукових знань та уявлень про механізми впливу стресу на виникнення та перебіг захворювання людини. У роботі представлено цілісне емпіричне дослідження поняття «патогенез психосоматичного захворювання», уточнено його структуру та прояви. Поглиблено знання про характер взаємоз'язку між рівнем стресу та станом здоров'я респондентів досліджуваної групи, проаналізовано основні стресові чинники й визначено їх роль у формуванні психосоматичних між ними, досліджено роль стресу в патогенезі психосоматичних розладів.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що отримані емпіричні дані можуть бути використані як основа для для створення психопрофілактичних і психокорекційних програм, спрямованих на розвиток внутрішніх ресурсів особистості, підвищення стресостійкості та зниження ризику виникнення психосоматичних проявів. Результати дослідження сприятимуть глибшому розумінню механізмів взаємодії між психічним і соматичним станами людини та можуть бути корисними для практичних психологів, педагогів, медичних працівників і фахівців у сфері психічного здоров'я.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Робота виконана в межах науково-дослідних тем кафедри психології «Особистісні та ситуаційні ресурси особистості в умовах життєвої та суспільної кризи» (державний реєстраційний номер 0119U103458).

Структура роботи. Робота складається зі вступу, розділ 1, розділ 2, висновків, списку використаних джерел та додатків.

Апробація результатів дослідження.

Публікація статті «Роль стресу в патогенезі психосоматичних захворювань» в електронному альманаху «Магістерські студії»2025. Вип. XXV.С.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ РОЛІ СТРЕСУ В ПАТОГЕНЕЗІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.

1.1. Концепція стресу: визначення та еволюція

У сучасній науковій літературі поняття стрес трактується як універсальний механізм адаптації організму до дії різноманітних подразників. Сельє Г. визначив стрес як «неспецифічну реакцію організму на будь-яку вимогу, яка до нього висувається». Це не лише психологічне явище, але й комплексний фізіологічний процес, що супроводжується активацією нервовою та ендокринної систем, зміною діяльності внутрішніх органів та мобілізацією ресурсів організму.

Важливо підкреслити, що стрес є нейтральним за своєю природою: він може виникати як унаслідок несприятливих подій (хвороби, конфлікти, втрати), так і позитивних змін (успіх, шлюб, професійне зростання). Вирішальне значення має не сам характер подразника, а реакція людини на нього.

Чим стрес не є. По-перше, стрес не можна розглядати як хворобу. Хоча тривалий або інтенсивний стрес справді може провокувати розвиток патологій, сам по собі він є адаптивним механізмом.

По-друге, стрес не зводить лише до емоційних станів. Такі переживання, як тривога, страх чи гнів, є лише частиною психологічної відповіді на стресову ситуацію. Водночас стрес охоплює значно ширші процеси, включаючи зміни у функціонуванні серцево-судинної, ендокринної та імунної систем.

По-третє, стрес не варто вважати виключно негативним явищем. У науковій традиції розрізняють два типи: еустрес, що сприяє мобілізації сил, розвитку та творчості, та дистрес, який пов'язаний із перевантаженням і виснаженням організму.

Розвиток концепції стресу. До робіт Сельє Г. термін «стрес» використовувався, зокрема, Волтером Кеноном для опису реакції «бий або тікай». Однак саме Сельє систематизував накопичені знання і

перетворив це поняття на фундаментальну категорію біології та медицини. Він довів, що різні подразники (інфекція, травма, токсини, переохолодження) викликають у організмі схожі зміни: збільшення кори наднирників, зменшення розмірів тимуса та лімфатичних вузлів, появу виразок у травній системі.

У результаті він розробив концепцію адаптаційного синдрому, яка описує послідовні зміни в організмі під впливом стресових факторів. На першій стадії – тривога – організм активно мобілізує свої ресурси для протидії стресору: активізується симпатична нервова система, стимулюється гіпофізно-адреналова вісь, підвищується рівень гормонів стресу. Друга стадія – опору – характеризується прагненням організму відновити внутрішню рівновагу та пристосуватися до нового стану, хоча для цього витрачається значна кількість енергії. На заключному етапі – виснаження – якщо стресор діє тривалий час, фізіологічні резерви виснажуються, що призводить до зниження імунного захисту, загальної втоми та підвищеного розвитку різних захворювань.

Окрім цього, Сельє ввів поняття еустресу та дистресу. Перший виступає як стимул для розвитку та підвищення життєвої активності, тоді як дистрес виникає при надмірному або хронічному навантаженні, що перевищує адаптаційні можливості організму. Концепція стресу стала одним із ключових відкриттів у біомедицині XX століття. Він розглядає стрес як універсальну реакцію організму на будь-який фактор, що порушує гомеостаз. Причому відповідь організму має схожий характер незалежно від природи подразника-фізичного, хімічного, біологічного чи психологічного. Ця реакція розгортається у вигляді загального адаптаційного синдрому з трьома стадіями: тривога, резистентність та виснаження[7].

Утім, подальші дослідження показали, що реакція на стрес є індивідуальною: навіть однаковий показник може викликати різні зміни в різних людей, залежно від їхньої чутливості та попереднього досвіду.

Крім того, будь-який стресор має як загальну, неспецифічну дію – мобілізацію ресурсів організму, так і специфічну дію, характерну для конкретного агенту. Відповідь на стрес формується під впливом двох основних груп факторів: внутрішніх, що включають спадкові особливості, стан нервової, ендокринної та імунної систем, а також попередній досвід організму, і зовнішніх, що охоплюють інтенсивність та тривалість впливу, соціальне оточення та психологічний контекст.

Саме унікальне поєднання цих умов пояснює, чому одна й та сама ситуація для однієї людини завершується розвитком психосоматичного розладу, а для іншої – не виходить за межі адаптивної відповіді.

Подальші дослідження послідовників Сельє розширили цю концепцію, акцентувавши на значенні когнітивної оцінки ситуації та індивідуальних допінг-стратегій. Завдяки цьому уявлення про стрес поступово змінилося: від сприйняття його лише як автоматичної реакції тіла до ширшого підходу, де враховуються і робота організму, і психологічний стан людини.

1.2 Еволюція теорій про стрес.

Поняття стресу в науковий обіг увів Ганс Сельє у 1936 році, описавши його як специфічну реакцію організму на будь-які вимоги середовища. Учений сформулював концепцію загального адаптаційного синдрому, про говорилося вище, а саме три стадії : тривога, резистентність та виснаження. Цей підхід заклав підвалини для розуміння стресу як універсального механізму адаптації.

Подальший розвиток показав, що стрес не завжди призводить до негативних наслідків. У 1970-1980-х роках Річард Лазарус розробив когнітивно-оціночну теорію, довівши, що не сам подразник, а індивідуальна оцінка ситуації визначає силу і якість стресової відповіді.

У 1980-х Анто́вський А. запропонував концепцію салютогенезу, де підкреслив, що стрес може сприяти зміцненню здоров'я за умови формування “почуття когерентності” - здатності людини сприймати світ як зрозумілий, керований і осмислений. Це стало кроком до розмежування поняття “дистес” і “еустрес”.

Сучасні підходи інтегрують біологічний, психологічний та соціальний рівні. Брюс Мак'юен розвинув ідею алостатичного навантаження, яке описує довготривалі у сфері психології та медицини (наприклад, Хамітов О., Чепелева Н., Клименко В.) наголошують на багатосторонності цього феномену та його ролі у розвитку психосоматичних розладів і водночас у становленні особистісної стійкості.

Сучасна наука розглядає стрес у міждисциплінарному ключі: він має одночасно біологічну, психологічну та соціальну природу. Його наслідки залежать від генетичних чинників, індивідуальної реактивності, допінг-стратегій та соціального середовища.

Таким чином, концепція стресу еволюціонувала від вузького біомедичного розуміння як фізіологічної відповіді – до інтегративної моделі, яка пояснює як негативні психосоматичні наслідки, так і можливості адаптивного зростання.

1.3 Патогенез психосоматичних розладів під впливом стресу.

Стрес є невід'ємною частиною життя людини. У короткочасній формі він допомагає мобілізувати ресурси та пристосуватися до складних умов. Проте тривалий або надмірний стрес діє руйнівно: порушується регуляція між психікою і тілом, виникають функціональні й органічні зміни. Саме це лежить в основі психосоматичних хвороб.

Гормональні механізми. У відповідь на стрес першою реагує систем “гіпоталамус-гіпофіз-наднирники”. Вона запускає вироблення кортизолу та адреналіну. Короткий сплеск цих гормонів дає енергію, підвищує витривалість, але при тривалому впливі кортизолу виснажує організм. Це проявляється, наприклад, головним болем, напруженням, безсонням, відчуттям виснаження. Або наслідком є зниження імунного захисту, появляється швидка втомлюваність. Можуть з’являтися хвороби пов’язані з артеріальною гіпертензією, ожирінням, цукровим діабетом другого типу.

Нервова система та серце. Стрес активує симпатичний відділ нервової системи («режим тривоги»). Це спричиняє підвищений пульс, спазм судин, зростання тиску. Якщо така реакція триває постійно, виникають хронічні проблеми. Хронічний спазм судин мозку стає підґрунтям для мігреноподібних головних болів, а ураження серцево-судинної системи _ для розвитку гіпертонічної хвороби . Можливі хвороби: ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, мігрень, головний біль, напруження .

Травна система. Емоційна напруга відображається на роботі шлунка та кишківника. Систематична активація гальмує травлення, зміцнює моторику, послаблює захисний бар’єр слизової. Стрес викликає дисбаланс у вегетативній нервовій системі і наслідок цього біль у животі, порушення стулу, нудота, печія. Можливі хвороби як синдром подразненого кишківника ,гастрит, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки.

Імунна система. Хронічний стрес виснажує імунітет: знижується кількість і активність захисних клітин Т- лімфоцитів, організм стає більш уразливим до інфекцій і автоімунних процесів. Через це виникають часті застуди, тривале відновлення після хвороб, схильність до алергічних реакцій. Людина може страждати на бронхіальну астму, алергічні дерматози, псоріаз, екзему і т.д.

Емоційний компонент. Тривалий стрес формує відчуття безпорадності, втрата контролю над життям. Людина починає «слухати» тіло, загострюючи увагу на неприємних відчуттях. Це підсилює соматичні симптоми і створює “замкнене коло”: стрес- тілесні прояви- тривога з приводу цих симптомів – ще сильніші прояви . І наслідком цього виникають депресивні розлади з соматичними скаргами, тривожні розлади, хронічний біль, фіброміалгія.

Таким чином, стрес впливає одночасно на кілька систем організму: гормональну, нервову, травну, імунну. Порушення в їхній роботі поступово призводять до формування психосоматичних захворювань. Це пояснює, чому лікування таких хвороб неможливе без урахування психоемоційного стану клієнта.

1.4 Психосоматика та психосоматичні розлади

Витоки психосоматики. Психосоматика як напрям науки сформувалася на перетині медицини, психології та психіатрії. Її головна ідея полягає у визнанні тісного зв'язку між психічними станами та соматичним здоров'ям людини. Ще Гіппократ наголошував на цілісності тіла й душі, а в новітній час цю ідею розвивали Фрейд З., Александер Ф., Хейнрот та інші дослідники.

Термін “психосоматичний” вперше був введений у 1818 році Хейнротом Й. для позначення хвороб, у виникненні яких важливу роль відіграють психологічні фактори.

Сутність психосоматичного підходу. Основне положення психосоматики полягає у тому, психічні процеси здатні не лише впливати на перебіг хвороб, а й виступати безпосереднім чинником їх виникнення. Сильні або тривалі емоційні переживання (стрес, тривога, конфлікти) можуть змінювати роботу нервової та ендокринної систем,

порушувати регуляцію органів і систем, провокуючи соматичні захворювання.

У сучасному трактуванні психосоматичні розлади – це стани, при яких психологічні чинники є суттєвими у виникненні, перебігу або загостренні тілесних захворювань.

Класифікація психосоматичний розладів. У науковій літературі виділяють кілька підходів до класифікації:

Класичні психосоматози (за Александером Ф.) до них віднесено: бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, виразковий коліт, нейродерміт, ревматоїдний артрит, гіпертонічна хвороба, тиреотоксикоз.

Соматоформні розлади (за МКХ-10) це стани, коли пацієнт відчуває тілесні симптоми (біль, серцебиття, задиху), але обстеженні не виявляють органічної патології.

Психосоматичні прояви у межах інших хвороб. Психоемоційні фактори можуть впливати на перебіг серцево-судинних, ендокринних, імунних, шкірних захворювань.

Формування психосоматичних порушень є батофакторним процесом, що охоплює нейрофізіологічні, емоційні, когнітивно-поведінкові та соціально-психологічні компоненти. Одним із ключових механізмів є нейрофізіологічний, який полягає в активації гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи у відповідь на хронічне напруження. Це призводить до гормональних дисбалансів, порушення регуляції сну, апетиту, імунної функції та загального виснаження організму.

Емоційний механізм передбачає трансформацію невиражених або пригнічених емоцій (зокрема гніву, тривоги, страху) у тілесні симптоми. У випадку, коли емоції не усвідомлюються або не знаходять виходу, вони можуть проявитися у вигляді соматичних скарг – головного болю, болю в шлунку, серцебиття, м'язової напруги.

Когнітивно-поведінковий механізм базується на впливі ірраціональних о життєвих подій, уникнення проблем або переконань, негативного мислення та не адаптивних моделей поведінки. Неправильне ставлення до життєвих подій, уникнення проблем або надмірна самокритика спричиняють внутрішній конфлікт, який підвищує рівень психоемоційного напруження і, як наслідок, провокує соматичні реакції.

Соціально-психологічний механізм охоплює вплив міжособистісних стосунків, соціального середовища та рівня підтримки. Конфлікти в сім'ї, професійні труднощі, ізоляція або дефіцит емоційної підтримки можуть значно поглибити соматичні прояви, особливо у вразливих групах населення.

Таким чином, психосоматичні порушення формуються внаслідок комплексної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. Їх розуміння є важливим для діагностики, профілактики та психотерапевтичної роботи з клієнтами, які мають соматичні скарги без органічного підґрунтя.

Психосоматичні розлади і стрес. Особливе місце у психосоматиці посідає концепція стресу Сельє Г. Він довів, що тривале перенапруження призводить до виснаження організму, зниження імунітету та підвищує ризик хвороб. Психосоматичні симптоми розглядаються як своєрідна “мова тіла”, яка сигналізує про надмірне емоційне навантаження.

Психосоматика базується на ідеї цілісності психіки та тіла, а психосоматичні розлади – це стани, де психологічні чинники мають вирішальне значення.

До класичних психосоматозів належить хвороби з доведеним зв'язком між емоційними станами та тілесними проявами. Основними механізмами їх формування є стрес, гормональні зрушення, емоційні блоки, соціальні конфлікти.

Своєчасна діагностика й психологічна допомога можуть зменшити прояви психосоматичних розладів і підвищити ефективність лікування. Таким чином, психосоматичні порушення можна вважати результатом порушеної адаптації до стресових факторів.

Висновок до розділу 1.

Стрес є універсальним механізмом адаптації організму, який виникає у відповідь на будь-який вплив, що порушує рівновагу. Він не є ані суто негативним, ані винятково патологічним явищем, а становить загальний спосіб пристосування до змін середовища. Концепція стресу, започаткована Гансом Сельє та розвинена його послідовниками, довела подвійний характер дії стресорів: поряд із неспецифічною відповіддю організму завжди існує специфічна дія конкретного чинника. Це пояснює індивідуальність проявів та різноманіття наслідків стресових ситуацій. Сучасні підходи інтегруються фізіологічний та психологічний рівні аналізу, що дозволяє розглянути стрес як складне багатофакторне явище, здатне як підтримати адаптацію, так і сприяти розвитку психосоматичних порушень.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛЬ СТРЕСУ В ПАТОГЕНЕЗІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

2.1 Характеристика вибірки. Методи та методики побудови емпіричного дослідження.

Характеристика вибірки. Вибірку було сформовано методом відбору серед людей, які проживають в Львівській області. Дослідження проводилось у вересні 2025 року. Критерієм включення були наявність ознак можливих психосоматичних захворювань та ймовірний вплив стресових чинників на емоційний і фізичний стан людини. Всі з опитуваних надали згоду на проходження опитування для вимірювання рівня сприйнятого стресу та ризиків психосоматичних розладів. Розмір вибірки 34 особи. Усі респонденти надали добровільну інформовану згоду на участь у дослідженні та були поінформовані про конфіденційність, анонімність і що дослідження проводилося з дотриманням етичних принципів. Вибірка була гетерогенною, тобто різномірною за низкою соціально-демографічними показниками як статтю, віком, рівнем освіти. Розподіл за віковими категоріями здійснювався відповідно до періодизації вікового розвитку: до 18 років (підлітки) 18-25 років (юність/молодь); 26-35 років (молоді дорослі); 36-45 років (зріла дорослість); 46-59 (пізня зрілість) після 60 років (старші дорослі). За рівнем освіти учасники були поділені на такі групи: учень/студент незакінчена середня, повна загальна освіта, професійно-технічна, неповна вища (коледж, технікум), бакалавр, магістр/спеціаліст, кандидат наук/доктор наук. Сімейний стан поділявся на неодружений/незаміжня, одружений/заміжня, у цивільному шлюбі, розлучений(а), вдівець/вдова. Зайнятість розділено на роботу на державній службі, освіта і наука, охорона здоров'я, бізнес / підприємництво, промисловість / виробництво, військова служба /

правоохоронні органи, сфера послуг, інше або людина не працює. Також враховано місце проживання чи це місто, чи село, чи селище.

Методи та методики побудови емпіричного дослідження. Емпіричне дослідження проходило у три етапи, які забезпечили системний підхід до діагностики, збору даних та аналізу результатів.

Перший етап включає відбір психодіагностичних методик, які найкраще відповідають меті дослідження та другий етап – це проведення самого емпіричного дослідження, яке передбачає реалізацію програми дослідження та психологічну діагностику респондентів.

З усіма людьми було проведене анонімне опитування через google-форму. В опитувальник включені наступні визначення:

- соціальної адаптації через виявлення рівня стресу, зумовленого життєвими подіями за останні 12 місяців, та визначення ризику розвитку психосоматичних захворювань;
- соматичні симптоми через скринінг соматичнихсимптомів і оцінка вираженості соматизації.
- сприйняття стресу завдяки оцінці суб'єктивного рівня стресу в індивідів, призначеної для вимірювання того, наскільки людина сприймає ситуації у своєму житті як стресові, оцінюючиїх як непередбачувані, неконтрольовані або перевантажувальні.
- визначення депресії, тривоги та стресу через вимірювання емоційних станів
- виявлення психосоматичних розладів виявлення наявності та вираженості психосоматичних розладів у респондентів
- акцентуація характеру — це крайні варіанти норми, за яких окремі риси характеру надмірно підсилені, внаслідок чого виникає вибіркова вразливість до певного роду психогенних впливів за збереження загальної соціальної адаптації.

Таким чином ми поступово досліджували, як життєві події за 12 місяців мали певну «вагу» у балах, робили скринінг соматичних

симптомів і оцінювали вираженість соматизації, вимірює рівень суб'єктивного стресу протягом останнього місяця, як часто людина відчувала певні стресові почуття або думки протягом останнього місяця та вимірювали емоційні стани — депресії, тривоги та стресу та акцентуацію характеру.

Висновки були проведені на основі зібраних даних з 6 методик і шкал.

Відповіді за опитувальника за методикою «Акцент 2-90», Шмішека - Мюллера за модифікацією М.Вігдорчика вносилися на сайт <https://consul-navigator.com>. Після обробки результати друкувалися і до них додавалися інші дані, після чого інформація зводилася у таблицю зведених даних «Відповіді форми» анкети про стрес і психосоматику.

Дані інших методик обчислювалися вручну та вносилися до узагальненої таблиці для подальшого аналізу.

Для аналізу та інтерпретації даних використовували описову статистику, а саме середнє арифметичне, медіана, мода, а також кореляція.

Отже, опитування проводилося онлайн-форматі із застосуванням електронної анкети, створеної у Google Форми, а також шляхом поширення посилань через соціальну мережу «Whats app».

Для визначення суб'єктивної рівня сприйнятого стресу використовувалася «Оціночна шкала соціальної адаптації Холмса і Рея» (Додаток А). Її цінність полягає у можливості кількісно визначити рівень соціально-психологічної напруги, яку зазнає людина протягом певного періоду часу. Дослідники виходили з того, що будь-яка значуща подія, незалежно від її позитивного чи негативного характеру, потребує від організму адаптаційних зусиль. Саме кумулятивний ефект таких змін у житті може підвищувати ризик розвитку психосоматичних порушень. У цьому полягає головна ідея шкали: не сама подія є визначальною, а необхідність пристосування до неї.

Шкала дозволяє виявити рівень загального стресового навантаження за останні 12 місяців, кількісно оцінити ризик розвитку стрес-індукованих захворювань та дослідити зв'язок між життєвими змінами та станом фізичного й психічного здоров'я.

У моєму дослідженні шкала Холмса і Рея була обрана тому, що вона дає можливість визначити відсоток ризику захворювання, тобто 30, 50 80 відсотків можуть оцінити ймовірний вплив на людину і виникнення психосоматичних захворювань. Ця шкала не обмежує вимірювання емоційного стану, а враховує ширший контекст життя респондента - соціальні, сімейні, професійні та особистісні події, які вимагають адаптації. Це особливо важливо, адже психосоматичні розлади не виникають ізольовано, а формуються під впливом цілого комплексу факторів, де стрес виступає ключовим патогенетичним механізмом.

Таким чином, використання цієї методики у роботі дозволяє обґрунтовано показати, як накопичення стресових подій підвищує навантаження на адаптаційні системи організму та створює умови для розвитку психосоматичної патології.

Для скринінгу соматичних симптомів і оцінки вираженості соматизації, авторів Б.Грек, С.Кохман та ін.. застосовано опитувальник SSS-8 — є скороченою версією часто використовуваного та добре відомого і перевіреного RHQ-15 — опитувальника (анкети) здоров'я пацієнта. Формат: 8 тверджень, відповіді оцінюються за шкалою 0–4.

Запитання стосуються відчуттів за останні 7 днів: «Наскільки вас турбували такі симптоми?» (Додаток Б).

Для оцінки суб'єктивного рівня сприйнятого стресу використовувалася Шкала сприйнятого стресу (PSS-10), розроблена американським дослідником Ш. Коеном разом з колегами (Cohen, Kamarck, Mermelstein, 1983) (Додаток В). Основою для розробки методики стала когнітивно-медіаторна концепція стресу, запропонована

Р. Лазарусом. Згідно з нею, реакція людини на дію стресора визначається насамперед тим, як вона суб'єктивно інтерпретує подію та співвідносить її з власними можливостями адаптації. Відповідь на стрес завжди має індивідуальний характер, оскільки залежить від комплексу внутрішніх і зовнішніх чинників.

До внутрішніх чинників належать спадкові особливості, риси характеру, попередній досвід переживання стресових ситуацій, рівень емоційної врівноваженості тощо. Зовнішні чинники охоплюють соціальне середовище, доступність підтримки з боку близьких чи колективу, наявність або відсутність ресурсів для подолання складних обставин. Внаслідок цього різні люди можуть по-різному реагувати на однакові стресові події.

Шкала сприйняття стресу (PSS-10) зарекомендувала себе як надійний і зручний інструмент. Її проходження займає небагато часу (близько 5 хвилин), вона має доведену психометричну надійність у численних вибірках і широко застосовується у світовій практиці. Опитувальник перекладений більш ніж тридцятьма мовами, що свідчить про його універсальність. Методика дає змогу оцінити суб'єктивне відчуття напруженості та краще зрозуміти, як різні життєві ситуації впливають на емоційний стан і сприйняття стресу конкретною людиною.

Шкала депресії, тривоги і стресу DASS-21 створена С.Ловібондом та П. Ловібонд у 1995 році. Інструмент складається з 21 твердження, що об'єднані у три підшкали: депресія, тривожність та стрес, по 7 пунктів на кожну підшкалу. (Додаток Г)

Основна мета опитувальника – визначити емоційний стан людини за останній тиждень та оцінити вираженість симптомів, пов'язаних із цими трьома компонентами. DASS-21 не використовується для постановки клінічного діагнозу, а є інструментом дослідження

психоемоційного благополуччя, що дозволяє виявити ризик підвищеного стресу чи психоемоційного виснаження.

Переваги використання DASS-21: швидкість проходження (5–7 хвилин); можливість оцінювати одразу три психологічні показники; висока валідність і надійність, підтверджена у багатьох культурах та мовних адаптаціях.

У межах дослідження шкала DASS-21 застосовувалася для того, щоб виявити рівень стресу та пов'язаних із ним емоційних станів, які можуть впливати на розвиток психосоматичних проявів. Вона допомогла простежити, наскільки суб'єктивне відчуття напруженості та тривожності респондентів корелює з показниками соматичних скарг за іншими методиками (SSS-8, анкета Чабана–Хаустової).

Для попереднього виявлення ймовірних психосоматичних розладів у респондентів планується застосування скринінгового тестування розробленого О.Чабан та О.Хаустовою (Додаток Д). Анкета є простим інструментом первинного виявлення можливих психосоматичних проявів у дорослих. Вона створена для того, щоб швидко оцінити стан людини, враховуючи суб'єктивне сприйняття свого здоров'я та наявність симптомів, які можуть бути пов'язані зі стресом.

Методика складається з 24 запитань, що стосуються різних аспектів самопочуття протягом останніх двох тижнів. Відповіді подаються у форматі «так» / «ні», що робить її зручною й доступною для проходження навіть без спеціальної підготовки.

Скринінгова анкета не ставить діагноз, а лише допомагає визначити, чи можуть у людини бути прояви, пов'язані з психосоматичними реакціями. Її завдання – вчасно помітити можливі сигнали про надмірний вплив стресу на організм та звернути увагу на необхідність подальшої більш глибокої оцінки стану.

У контексті дослідження ролі стресу у виникненні психосоматичних явищ методика О. Чабана та О. Хаустової цінна тим,

що дозволяє на ранньому етапі виявити взаємозв'язок між емоційним навантаженням і тілесними відчуттями. Вона підкреслює, що тіло може відображати внутрішні переживання, і таким чином допомагає підтвердити концепцію психосоматичного підходу.

Опитувальник акцентуацій характеру Шмішека-Мюллера (модифікація М. Вігдорчика) (Додаток Е) використано в даному дослідженні, оскільки він дозволяє визначити індивідуально-психологічні особливості особистості, які безпосередньо впливають на сприйняття та подолання стресу.

Акцентуації характеру не є патологією, однак вони формують своєрідну «вибіркову вразливість» до різних психогенних факторів. Це означає, що особи з певними акцентуаціями більш схильні реагувати на стрес специфічними способами: одні швидше виснажуються, інші демонструють підвищену тривожність, агресивність або схильність до соматичних скарг.

У контексті теми «роль стресу в патогенезі психосоматичних захворювань» методика важлива, для визначення індивідуальної схильності, й акцентуації вказують, які особливості характеру можуть підсилювати реакцію на стресові події й підвищувати ризик психосоматичних проявів та поєднання психологічного та соматичного. Оскільки психосоматичні розлади формуються на межі між психікою та тілом, саме акцентуації показують, які риси можуть «запускати» тіло реагувати на психологічні перевантаження.

Результати допомагають зрозуміти, хто з респондентів більш уразливий до дистресу та його фізичного відображення, а хто – здатний трансформувати стрес у конструктивну активність (еустрес).

У поєднанні з іншими методиками (PSS-10, SSS-8, Holmes&Rahe, DASS-21, анкета О. Чабана, О.Хаустової) опитувальник акцентуацій дає цілісне уявлення про те, як особистісні риси взаємодіють зі стресовими подіями та можуть призводити до психосоматичних реакцій.

Таким чином, включення цієї методики обґрунтоване тим, що вона дозволяє виявити зв'язок між особистісними особливостями та стресовою вразливістю, що є ключовим у дослідженні психосоматичних механізмів.

2.2 Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.

У дослідженні взяли участь 34 осіб. Жінки склали 20 (59%) а чоловіки 14 (41%). За віком пацієнти розподілилися наступним чином: до 18 – 3 (9 %), 18-25 років - 6 (18%), 26-35 років- 11 (32%), 36-45 років – 12 (35%), 46-59 років (6%). Середній вік становив 32,4 років. За освітою: учень/студент- 5(15%), повна загальна середня - 1(3%), професійно-технічна - 1(3%), бакалавр - 5(15%), магістр- 22 (64%). Сімейний стан: неодружений/незаміжня- 15(44%), одружений/заміжня - 16(47%), у цивільному шлюбі - 1(3%), розлучений(а)- 2(6%). Сфера роботи найбільшу частку опитуваних становлять військова служба та державна служба, як видно на рисунку 1

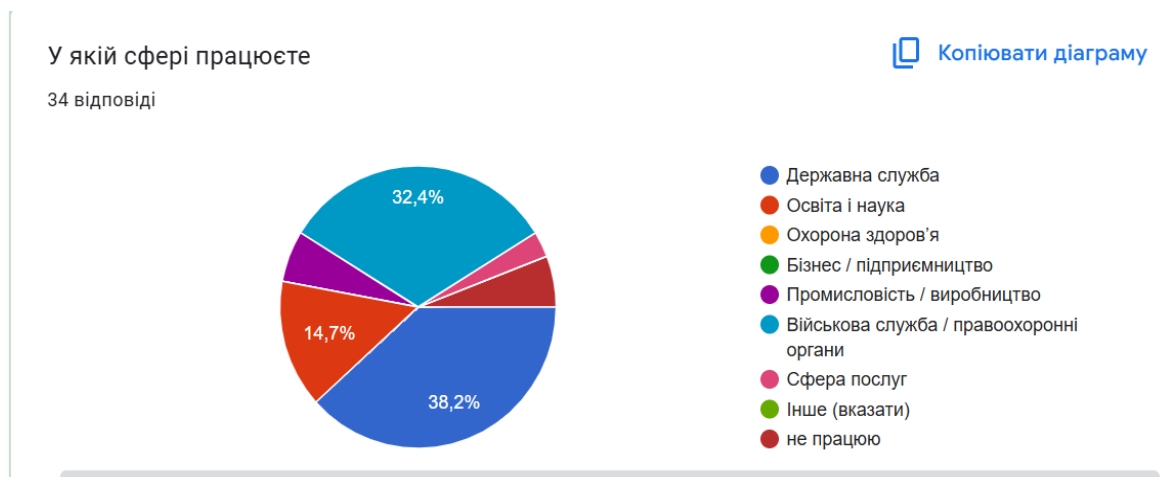


Рис. 1 Загальний розподіл людей за діяльністю

На рисунку 2 відображені результати аналізу стресогенних подій відповідно до «Шкали соціальної адаптації Холмса і Рея», а більш детально про події в додатках. (додатку В). Методика дозволяє оцінити, наскільки значущими для психоемоційного стану респондентів є певні

життєві події та виявити їхній можливий внесок у підвищення рівня стресу і психосоматичних ризиків.

Як видно з таблиці, найчастіше респонденти відзначали такі події:

- зміна життєвих умов – 12 осіб (35,3%);
- зміна життєвих звичок – 11 осіб (32,4%);
- власна серйозна хвороба – 10 осіб (29,4%);
- перехід на інший вид роботи – 10 осіб (29,4%);
- зміна фінансового стану – 7 осіб (20,6%);
- смерть близького родича – 7 осіб (20,6%).

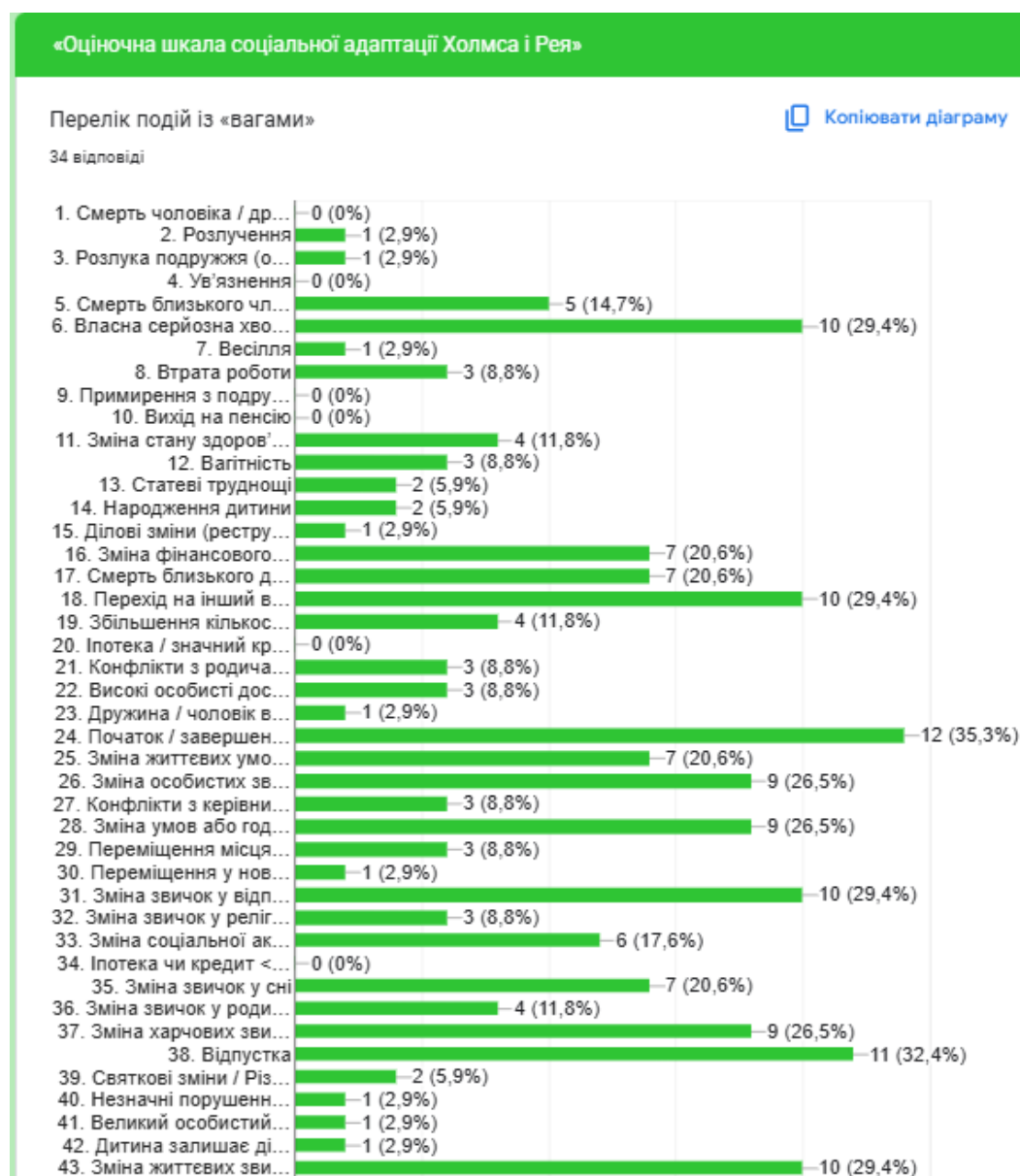


Рис. 2 Загальні показники результатів "Оціночної шкали Холмса-Рея" по переліку подій за 12 місяців

Ці події відповідно до методики мають високі «вагові коефіцієнти» у формуванні стресового навантаження, що підтверджує їхній значний вплив на рівень соціальної адаптації. Водночас події, пов'язані з конфліктами на роботі чи навчанні, зміною місця проживання, вагітністю чи розлученням, відзначалися рідше (від 2,9% до 11,8% випадків). Таким чином, отримані дані свідчать, що у вибірці найбільший стресогенний потенціал мають події, пов'язані зі зміною звичного життєвого укладу, втратою стабільності та станом здоров'я. Це узгоджується з концепцією Холмса і Рея, згідно з якою саме різкі життєві зміни, навіть нейтральні або позитивні, можуть спричиняти значне психоемоційне навантаження і слугувати тригером психосоматичних проявів.

Найчастіше джерелами стресу виступають події, пов'язані зі змінами у різних сферах життя. Зокрема, зміни в роботі чи навчанні провокують професійний та освітній стрес, що нерідко супроводжується відчуттям невизначеності, перевантаженням і тривогою. Зміни особистих звичок мають прямий зв'язок із психосоматикою, оскільки впливають на режим сну, харчування, відпочинку, що може призводити до соматичних проявів. Втрати (смерть близьких, хвороби, розлучення) мають найвищий травматичний потенціал, адже вони викликають глибокі емоційні переживання та довготривалу психоемоційну напругу. Не менш значущими є і зміни соціального середовища: ізоляція, необхідність адаптації чи формування нового кола спілкування часто стають підґрунтям для розвитку тривожності та труднощів адаптації.

Варто зазначити, що найбільший ризик психосоматичних симптомів виникає не лише внаслідок травматичних подій, а й при накопиченні на перший погляд «дрібних» змін (наприклад, одночасна зміна харчування, роботи та місця проживання). Подібні ситуації поступово виснажують адаптаційні ресурси людини.

Соціальні зміни (зміна кола друзів, участь у гуртках чи родинних зустрічах) мають непрямий вплив, проте вони часто корелюють із появою тривожності, безсоння та депресивних станів.

Фінансові та професійні труднощі зустрічаються досить часто, але не завжди є найбільш травматичними. Їхній вплив стає критичним у поєднанні з особистими втратами, коли людина опиняється перед одночасним тиском у кількох сферах життя.

Окремо варто підкреслити роль навчання, яке нерідко виступає несподівано сильним тригером. Початок або завершення навчального етапу є не лише освітньою зміною, але й соціальним переломним моментом, що часто супроводжується переїздом, зміною способу життя та виникненням нових стресових чинників.

Найвираженіші результати SSS-8 продемонстрували: чоловіки віком 26–35 та 36–45 років, які перебувають на військовій службі (418 та 668 балів відповідно) та молоді жінки (до 18 та 18–25 років), учні/студенти, які мали результати в межах 232–238 балів.

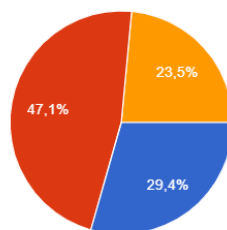
Ці дані дозволяють припустити, що у військовослужбовців накопичується хронічний стрес, який відображається у соматичних симптомах, тоді як у молоді високі бали можуть бути наслідком емоційної нестабільності та психосоціальної вразливості.

Шкала SSS-8 (Somatic Symptom Scale-8) дозволяє оцінити інтенсивність соматичних скарг, які можуть бути зумовлені психоемоційним напруженням. Вона охоплює вісім основних тілесних симптомів (біль у животі, головний біль, порушення сну, загальна втома тощо) (Рис 3-8), що відображають рівень психосоматичних проявів.

Біль у шлунку чи животі

34 відповіді

 Копіювати діаграму



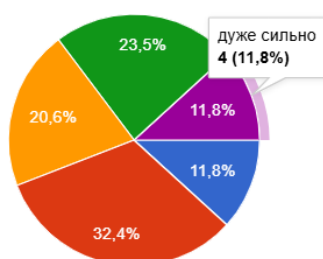
- зовсім не турбував
- трохи турбував
- помірно
- сильно
- дуже сильно

Рис. 4 Загальник показник болю у животі

Втома або низький рівень енергії

34 відповіді

 Копіювати ді



- зовсім не турбував
- трохи турбував
- помірно
- сильно
- дуже сильно

Рис. 3 Загальний показник втоми або рівня енергії

Порушення сну

34 відповіді

 Копіювати діаграму



- зовсім не турбував
- трохи турбував
- помірно
- сильно
- дуже сильно

Рис. 5 Загальний показник порушення сну

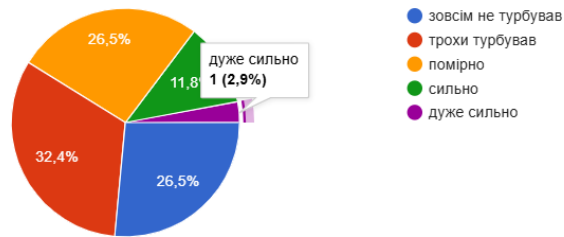


Рис 6 Загальний показник головного болю

Біль у спині

34 відповіді

Копіювати діаг

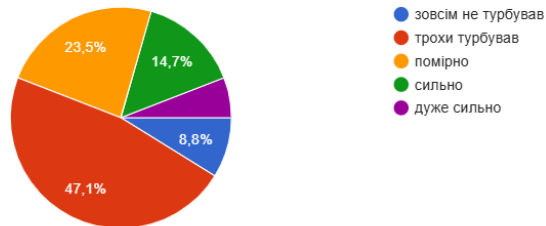


Рис 7 Загальний показник болю в спині

Біль у руках, ногах чи суглобах

34 відповіді

Копіювати діаг

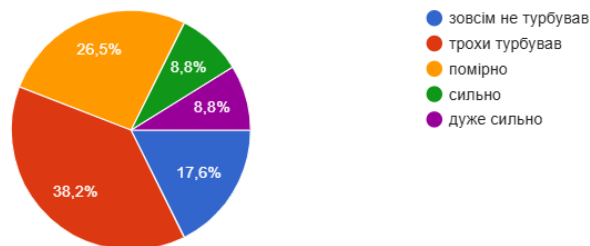


Рис. 8 Загальний показник біль у руках, ногах чи суглобах

Аналіз отриманих даних свідчить про неоднорідність показників: низькі значення (2–7 балів) зафіксовано у частини респондентів, що свідчить про відсутність виражених психосоматичних скарг; середні значення (10–30 балів) спостерігалися в більшості учасників і відображають помірний рівень соматичних симптомів; високі показники (понад 100 балів) зустрічалися у певних групах і свідчать про значну інтенсивність психосоматичних проявів.

Кореляційний аналіз показує по віку, що найбільший рівень соматичних симптомів зафіксований серед молоді до 25 років та

військових середнього віку. Це вказує на різні механізми реагування на стрес у різних вікових групах: емоційна нестійкість у підлітків і студентів, а також виснаження адаптаційних ресурсів у дорослих чоловіків, які працюють у складних умовах. А також по сфері діяльності найвищі показники SSS-8 виявлені серед військовослужбовців та представників правоохоронних органів. Представники освіти, науки та державної служби здебільшого продемонстрували середні або низькі рівні симптомів.

За останній місяць 88,2% (n=30) респондентів від трохи до дуже сильно відчували втому та втрату енергії, лише 11,8 % зовсім не турбувало; (рис5)

Аналіз отриманих даних за шкалою SSS-8 показав наступний розподіл рівнів вираженості соматичних симптомів:

- Мінімальний рівень – 3 особи (8,8%);
- Низький рівень – 7 осіб (20,6%);
- Середній рівень – 7 осіб (20,6%);
- Високий рівень – 8 осіб (23,5%);
- Дуже високий рівень – 9 осіб (26,5%).

Отже, найбільша кількість респондентів продемонструвала високий та дуже високий рівень соматичних симптомів, що може свідчити про наявність значного психоемоційного напруження та підвищений ризик розвитку психосоматичних розладів.

Водночас у 3 осіб (8,8%) відзначено лише мінімальні прояви симптомів, що говорить про добру адаптацію до стресових чинників. Таким чином, результати підтверджують, що у вибірці спостерігається тенденція до накопичення психосоматичних проявів, які прямо корелюють із рівнем стресового навантаження.

Для глибшого аналізу взаємозв'язків між психосоматичними симптомами та психологічними характеристиками було побудовано теплову карту кореляційних зв'язків між змінними (Рис 9). Такий

формат візуалізації дозволяє швидко і наочно оцінити силу та напрямок зв'язку між окремими шкалами, зокрема шкалою соматичних симптомів SSS-8, шкалами депресії, тривожності, стресу (DASS-21), соціальної підтримки (PSS10), життєвих подій (HolmesandRahe), Анкета для виявлення психосоматичних розладів (для дорослих), а також методики Акцент-2-90 тощо.

Кожна клітинка теплової карти містить коефіцієнт кореляції, що відображає статистичний зв'язок між двома змінними. Червоні відтінки вказують на позитивні кореляції (чим інтенсивніший колір — тим сильніший зв'язок), сині — на негативні, а нейтральні — на слабкі або відсутні зв'язки. Це дозволяє виявити ключові психологічні предиктори соматичних скарг, а також оцінити, які ресурси (наприклад, когерентність чи самоприйняття) можуть відігравати захисну роль.

Особливу увагу в аналізі приділено шкалі SSS-8, яка демонструє значущі позитивні кореляції з показниками депресії, тривожності, стресу та життєвих подій, що підтверджує її чутливість до психоемоційного навантаження. Водночас, негативні кореляції з такими змінними, як когерентність, саморегуляція та психологічний добробут, свідчать про потенціал цих ресурсів у зниженні соматичних проявів.

Таким чином, теплова карта є ефективним інструментом для візуального аналізу багатовимірних даних, що дозволяє робити науково обґрунтовані висновки щодо механізмів формування психосоматичних порушень та напрямків психологічної інтервенції.

На основі проведенного кореляційного аналізу можна робити наступні висновки щодо взаємозв'язку між рівнем стресу та психосоматичними проявами: по-перше, виявлено сильну позитивну кореляцію між рівнем

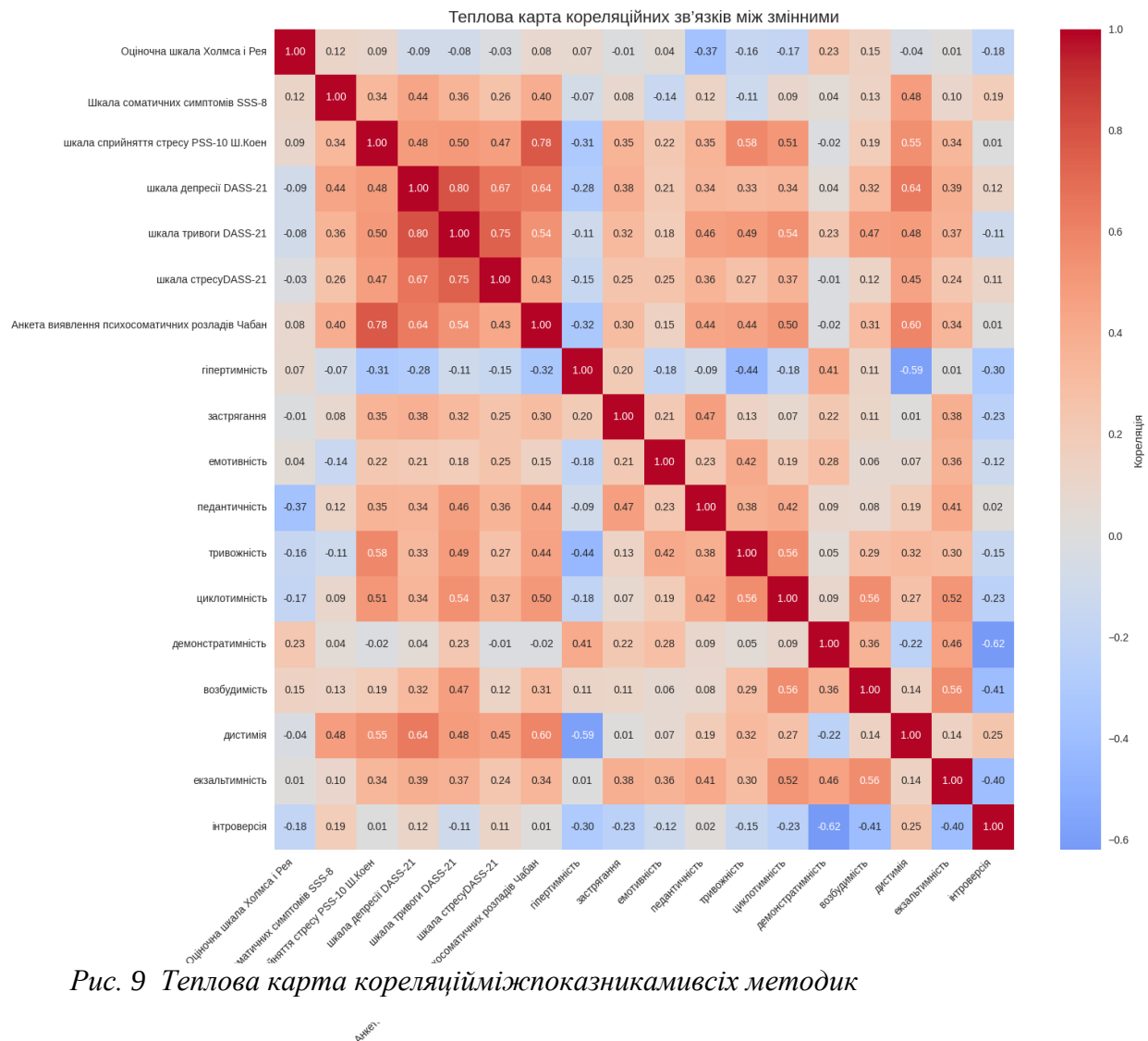


Рис. 9 Теплова карта кореляцій між показниками всіх методик

стресу та психосоматичними симптомами. Це свідчить про те, що зі зростанням стресу збільшується ймовірність появи фізичних проявів, таких як головний біль, серцебиття, біль у шлунку та інші. Найвищі коефіцієнти кореляції спостерігаються між емоційним напруженням та порушенням сну, а також між тривожністю та болем у грудях, що підкреслює взаємозв'язок психоемоційного стану з фізичними симптомами. По-друге, виявлено вплив модераторних змінних, які здатні пом'якшувати негативний вплив стресу. Зокрема, соціальна підтримка демонструє негативну кореляцію зі стресом, тобто чим більше

підтримки від оточення, тим нижчий рівень стресу. Аналогічно, фізична активність сприяє зниженню проявів психосоматичних симптомів, виступаючи своєрідним захисним чинником.

По-третє, деякі змінні виявилися слабо пов'язаними або не пов'язаними зі стресом. Наприклад, час, проведений за хобі, чи кількість переглянутих серіалів показали низьку або відсутню кореляцію, що свідчить про їхню нейтральність щодо психоемоційного стану та фізичних проявів стресу.

Таким чином, результати аналізу підкреслюють прямий зв'язок між стресом та психосоматикою, а також роль соціальної підтримки та фізичної активності як факторів, що пом'якшують цей вплив.

Якщо зробити співставлення віку з рівнем стресу, то молодь (18–25 років): помірний рівень стресу, але високі психосоматичні прояви — особливо тривожність, безсоння; Середній вік (26–45 років): найвищий рівень стресу, пов'язаний із робочими навантаженнями, фінансовими зобов'язаннями, сімейними обов'язками; Старший вік (46+): нижчий рівень стресу, але вищі соматичні симптоми, зокрема біль у тілі, серцебиття — можливо, через хронічні захворювання.

Якщо розглянути дані про освіту, то можна зробити висновки, що люди з середньою освітою мають вищий рівень стресу, особливо серед тих, хто має нестабільну зайнятість. Наявність вищої освіти показує нижчий рівень психосоматичних симптомів, але стрес залишається високим через професійні вимоги.

Враховуючи працевлаштування опитуваних, то безробітні люди мають високий рівень психосоматичних симптомів та депресивні прояви. Фрілансери/нестабільна зайнятість мають найвищий рівень стресу, пов'язаний із невизначеністю. Апостійна робота у опитуваних показує середній рівень стресу, нижчий рівень психосоматики — стабільність відіграє роль.

Місце проживання суттєво впливає на психоемоційний стан людини. Міські жителі, як правило, стикаються з вищим рівнем стресу, що зумовлено швидким темпом життя, постійним шумом, перенасиченням інформацією та високою соціальною конкуренцією. Ці фактори можуть призводити до емоційного виснаження, тривожності, порушень сну. Натомість сільські жителі мають нижчий рівень стресу завдяки спокійнішому ритму життя, тіснішому зв'язку з природою та меншій кількості соціальних подразників, але вищі психосоматичні симптоми, можливо, через обмежений доступ до медичних і психологічних послуг.

Після проведення скринінгового опитування для визначення ризику розвитку психосоматичних розладів (за методикою О.Чабана та О.Хаустової) встановлено, що у 24 респондентів (71%) наявність психосоматичних порушень не можна було виключити. Ця група потребує проходження подальшого обстеження та консультацій у вузьких спеціалістів. Натомість у 10 (29%) осіб не мали виявлено ознак, які б свідчили про ймовірність психосоматичних розладів (див таб у додатку Є)

У Додатку Є наведені показники узагальнених результатів проходження опитування, що охоплюють демографічні характеристики респондентів (стать, вік, сімейний стан, освіта, рід занять, місце проживання), а також показники психоемоційного стану за відповідними шкалами «Оціночна шкала соціальної адаптації Холмса і Рея», SSS -8 (шкала соматичних симптомів), PSS-10 (шкала сприйняття стресу Ш.Коена), DASS-21 (шкала, депресії, тривоги та стресу) та анкети виявлення психосоматичних розладів (О.Чабана та О.Хаустова) в натуральному значенні та відсотках. Ці дані дозволяють оцінити рівень стресу, наявність психосоматичних проявів та загальний психоемоційний стан учасників дослідження.

Отже, у додатку Є зазначено, що у дослідженні взяли участь 34 респонденти, серед яких переважали жінки (59%), тоді як чоловіків було 41%. За віковими категоріями найбільше учасників належали до групи 36–45 років (35%) та 26–35 років (32%). Молодь віком до 18 років становила 9%, вікова група 18–25 років — 18%, а респонденти віком 46–59 років — 6%. Осіб віком понад 60 років не було.

У дослідженні взяли участь 34 респонденти, серед яких переважали жінки (59%), тоді як чоловіків було 41%. За віковими категоріями найбільше учасників належали до групи 36–45 років (35%) та 26–35 років (32%). Молодь віком до 18 років становила 9%, вікова група 18–25 років — 18%, а респонденти віком 46–59 років — 6%. Осіб віком понад 60 років не було.

Щодо сімейного стану, майже порівну розподілилися неодружені/незаміжні (44%) та одружені/заміжні (47%). У цивільному шлюбі перебували 3% респондентів, розлучених було 6%, вдівців не зафіксовано. За рівнем освіти більшість учасників мали диплом магістра або спеціаліста (64%), 15% — бакалаври, ще 15% — учні або студенти. Інші освітні рівні були представлені поодинокими випадками, а наукових ступенів не виявлено.

У професійному розрізі найбільше респондентів працюють у державній службі (38%) та військовій сфері або правоохоронних органах (32%). Освіта і наука охоплюють 15%, промисловість — 6%, сфера послуг — 3%, безробітних — 6%. Представників охорони здоров'я, бізнесу чи інших сфер не було. За місцем проживання переважають мешканці міста (71%), села — 23%, селища — 6%.

Результати опитувальника Холмса і Рея показали, що 59% респондентів мають низький рівень стресу, що відповідає приблизно 30% ймовірності розвитку психосоматичних захворювань. Помірний рівень стресу виявлено у 35% учасників, що асоціюється з ризиком у

50%, а високий рівень — у 6%, що свідчить про ймовірність психосоматичних порушень до 80%.

За шкалою SSS-8, яка оцінює соматичні симптоми, 12% респондентів мають мінімальний рівень, 26% — низький, 23% — середній, 21% — високий, а 18% — дуже високий. Це свідчить про значну поширеність тілесних скарг серед учасників.

Шкала сприйняття стресу PSS-10 показала, що 41% респондентів мають низький рівень стресу, 56% — помірний, а 3% — високий. Це узгоджується з даними інших шкал і підтверджує загальну тенденцію до помірного психоемоційного навантаження.

Анкета О. Чабан О Хаустова щодо виявлення психосоматичних розладів засвідчила, що 71% респондентів мають ознаки психосоматичних порушень, тоді як у 29% вони відсутні.

За шкалою DASS-21, яка оцінює депресію, тривогу та стрес, результати розподілилися наступним чином. У розділі депресії 21% респондентів перебувають у межах норми, 26% мають легкий рівень, 44% — середній, 9% — важкий, і 3% — дуже важкий. У розділі тривоги норма виявлена у 32%, легкий рівень — у 9%, середній — у 32%, важкий — у 18%, дуже важкий — у 9%. У розділі стресу 53% респондентів мають нормальний рівень, 21% — легкий, 24% — середній, 3% — важкий, і жоден не продемонстрував дуже важкий рівень.

Загалом результати свідчать про наявність помірного рівня психоемоційного навантаження у більшості респондентів, а також про поширеність психосоматичних симптомів, що потребує уваги з боку фахівців у сфері психології та психосоматики.

Дані, отримані за методикою Шмішека-Мюллера в модифікації М. Вігдорчика, дозволяють оцінити вираженість акцентуацій характеру серед респондентів. Методика охоплює 11 типів акцентуацій: гіпертимність, застрягання, емотивність, педантичність, тривожність,

циклотимність, демонстративність, збудливість, дистимія, екзальтованість та інтроверсія. Кожен тип представлений у вигляді кількісного показника, що відображає ступінь вираженості відповідної риси характеру.

Аналіз результатів показав, що серед досліджуваних найвищі середні значення спостерігаються за такими типами акцентуацій, як емотивність, тривожність, екзальтованість, застрягання та інтроверсія. Це свідчить про емоційну чутливість, схильність до переживань, глибоку реакцію на міжособистісні ситуації, а також про внутрішню зосередженість і схильність до самоаналізу. Високі показники за емотивністю та тривожністю можуть бути маркерами підвищеної вразливості до психогенних чинників, що узгоджується з результатами інших психодіагностичних методик, застосованих у дослідженні.

Водночас менш вираженими виявилися такі типи, як демонстративність, збудливість та циклотимність, що свідчить про відносно низьку потребу в зовнішньому самоствердженні, емоційній нестабільності та імпульсивності. Це може свідчити про загальну стриманість поведінки та здатність до самоконтролю в соціальних ситуаціях.

Співставлення з нормативними шкалами (2–90 балів) дозволяє визначити, які типи акцентуацій виходять за межі середніх значень і можуть мати значення для психологічного супроводу. Наприклад, показники понад 18 балів можуть свідчити про тенденцію до акцентуації, а понад 24 — про її яскраво виражену форму. У вибірці зафіксовано декілька випадків високої емотивності, тривожності, дистимії та екзальтованості, що потребує додаткової уваги в контексті психоемоційного стану респондентів.

Загалом результати методики дозволяють зробити висновок про переважання емоційно-чутливих та інтровертованих рис характеру серед учасників дослідження, що може впливати на їхню реакцію на стресові

ситуації, міжособистісні конфлікти та загальну адаптацію. Отримані дані можуть бути використані для індивідуального психологічного консультування, профілактики емоційного вигорання та формування програм розвитку особистісних ресурсів.

Кореляційний аналіз між оцінкою життєвого стресу за шкалою Холмса і Рея та соматичними симптомами за шкалою SSS-8 показав сильну позитивну залежність ($r = +0.76$). Це свідчить про те, що підвищений рівень стресу супроводжується зростанням кількості фізичних скарг, що підтверджує психосоматичну природу впливу стресу на організм.

"Кореляційний аналіз між віком та показниками DAS-21 (депресія, тривога, стрес) показав слабку до помірної негативну залежність. З віком рівень емоційного напруження знижується, що може свідчити про адаптаційні механізми або життєвий досвід, який допомагає краще справлятися з психологічними труднощами."

Гіпертимність — риса темпераменту, що характеризується оптимізмом, активністю, товариськістю. Стрес за шкалою Коена (PSS — Perceived Stress scale) — суб'єктив несприйняття стресу.

Люди з вираженою гіпертимністю мають нижчий рівень суб'єктивного стресу. Це свідчить про захисну роль гіпертимного темпераменту — такі люди краще справляються з життєвими труднощами, менш схильні до переживань. Це означає, що гіпертимні особистості менш схильні до переживання стресу, що може бути пов'язано з їхньою емоційною стійкістю, активністю та позитивним світосприйняттям."

Висновки до розділу 2:

У межах емпіричного дослідження було здійснено комплексну оцінку психоемоційного стану, соматичних симптомів, рівня стресу та

характерологічних особливостей 34 респондентів. Вибірка представлена переважно жінками (59%) віком 26–45 років (67%), з вищою освітою (64% — магістри/спеціалісти), які працюють у сферах державної служби (38%) та військової діяльності (32%).

За шкалою соціальної адаптації Холмса і Рея, 59% респондентів мають низький рівень стресу, 35% — помірний, і 6% — високий. Це свідчить про те, що понад 40% учасників перебувають у зоні підвищеного ризику розвитку психосоматичних захворювань.

Шкала SSS-8 показала, що 62% респондентів мають середній, високий або дуже високий рівень соматичних симптомів, що свідчить про значну тілесну реактивність на психоемоційне навантаження. Зокрема, 18% мають дуже високий рівень, що може вказувати на хронічні або стійкі психосоматичні прояви.

За шкалою сприйняття стресу PSS-10, 56% респондентів перебувають у зоні помірного стресу, а ще 3% — у високій зоні. Це означає, що майже 60% учасників відчують стрес, який може мати клінічне значення.

Анкета О Чабана, О.Хаустова виявила наявність психосоматичних розладів у 71% респондентів, що є критично високим показником і підтверджує актуальність проблеми для досліджуваної вибірки.

Шкала DASS-21 демонструє, що:

депресивні прояви середнього або вищого рівня мають 56% респондентів (середня — 44%, важка — 9%, дуже важка — 3%);

тривожні прояви середнього або вищого рівня — 59% (середня — 32%, важка — 18%, дуже важка — 9%);

стрес середнього або вищого рівня — 27% (середня — 24%, важка — 3%).

Аналіз акцентуацій характеру за методикою «Акцент 2-90» показав, що понад 50% респондентів мають високі показники за такими типами, як емотивність, тривожність, екзальтованість, інтроверсія та

застрягання. Це свідчить про емоційну чутливість, схильність до глибоких переживань, внутрішню зосередженість і підвищену вразливість до психогенних чинників.

Узагальнено, результати дослідження підтверджують наявність стійкого взаємозв'язку між соціально-професійними чинниками, емоційним станом, соматичними симптомами та характерологічними особливостями. Виявлені показники свідчать про потребу в психологічному супроводі, особливо для осіб, які працюють у стресогенних умовах. Отримані дані можуть бути використані для розробки профілактичних програм, спрямованих на зниження психоемоційного навантаження, розвиток адаптаційних ресурсів та підтримку психічного здоров'я.

В подальшому доцільно перевірити отримані результати на основі більш репрезентативних вибірок.

ВИСНОВКИ

1. Стрес виступає ключовим етіологічним чинником психосоматичних порушень. За результатами шкал Холмса і Рея та PSS-10 встановлено, що понад 59% респондентів мають помірний або високий рівень стресу. Це підтверджує, що стрес набуває системного характеру, виходячи за межі тимчасової реакції й перетворюючись на хронічний фактор ризику. Хронічне психоемоційне напруження руйнує адаптаційні механізми та є підґрунтям для соматизації.
2. Соматичні симптоми є поширеним проявом хронічного стресу. За шкалою SSS-8 середній, високий або дуже високий рівень соматичних скарг продемонстрували 62% учасників. Загалом психосоматичні прояви виявлено у 71% респондентів, що свідчить про їх тісний зв'язок зі стресом та емоційним перенапруженням. Найпоширенішими скаргами є втома, головний біль, порушення сну, серцебиття, м'язова напруга та розлади апетиту. Це відображає порушення регуляторних систем організму та підтверджує, що психогенний чинник здатен провокувати тілесні прояви, подібні до клінічних симптомів.
3. Емоційні стани депресії та тривоги підсилюють психосоматизацію. За шкалою DASS-21 виявлено, що понад половина респондентів мають середній або високий рівень депресії (56%) і тривоги (59%), а також підвищений рівень стресу (27%). Особливо показові випадки поєднання високої тривожності й депресії з вираженими соматичними симптомами, що свідчить про психогенне походження тілесних скарг. Таким чином, психоемоційне напруження є не лише наслідком стресу, а й механізмом, через який він трансформується у соматичні розлади.
4. Особистісні акцентуації посилюють уразливість до стресу. За методикою Шмішека–Мюллера у понад половини респондентів виявлено виражені акцентуації, зокрема емотивність, тривожність, екзальтованість, інтроверсія та застрягання. Ці особистісні риси формують підвищену чутливість до психотравмуючих факторів та

знижують ефективність адаптації. Наявність акцентуацій пояснює індивідуальні відмінності у сприйнятті та переживанні стресу, а також у схильності до соматизації.

5. Соціально-професійні фактори не захищають від стресу. Дослідження показало, що навіть високий рівень освіти (64% респондентів — магістри/спеціалісти) чи робота у престижних сферах (державна служба — 38%, військова сфера — 32%) не знижують ризик розвитку стресових і психосоматичних порушень. Навпаки, постійне емоційне навантаження, висока відповідальність і напруженість професійної діяльності сприяють хронізації стресу та його трансформації у психосоматичні симптоми.

6. Отримані результати підкреслюють необхідність цілеспрямованої профілактики. Запровадження психологічних програм зниження рівня стресу, розвиток стресостійкості та емоційної регуляції є актуальними як для загальної популяції, так і для груп ризику (державні службовці, військовослужбовці, фахівці з високим навантаженням). Рекомендовано проводити тренінги з розвитку навичок подолання стресу, впроваджувати корпоративні програми психогігієни та індивідуальну психологічну підтримку.

7. Наукова новизна дослідження полягає у комплексному підході до вивчення стресу як етіологічного чинника психосоматичних розладів із врахуванням не лише об'єктивних і суб'єктивних показників стресу, а й особистісних акцентуацій, що виступають модераторами психосоматизації.

8. Практична значущість полягає у можливості використання результатів для розробки профілактичних і корекційних програм, спрямованих на зменшення впливу стресу, підвищення адаптаційних ресурсів та покращення якості життя осіб, схильних до психосоматичних проявів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антоновський А. Розкрити таємницю здоров'я: Як люди справляються зі стресом і не хворіють. Київ: Світ, 2001. 312 с.
2. Бамбурак Н. «Концептуальні орієнтири дослідження проблеми психосоматичних розладів» *Збірник наукових праць Національної академії державної прикордонної служби України. Серія: Психологічні науки*. вип. 3(14), 2019 <https://ksu24.kspu.edu/s/L8WuV>
3. Булах В.П. Стрес та його вплив на організм людини. Медсестринство № 3. 2014. С.10.
4. Бурбо Л. Люби своє тіло. Лікуємо психосоматичні недуги / Л. Бурбо. — Київ: Клуб сімейного дозвілля, 2023— 256 с.
5. Вельбрехт О.О., Тавровецька Н.І. Шкала сприйняття стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. Проблеми сучасної психології №3(25). 2022. С.16-27.
6. Вігдорчик М.І. «Психодинамічний підхід до проблеми акцентуацій» Одеса. 1995. С. 40
7. Ганс Сельє та послідовники. Збірник. Упорядник Євгенія Скіндер-Влас.-К.:Видавничий дім Медкнига, 2024.- 148 с.
8. Дембіцький С.С., Злобіна О.Г., Сидоров М.В.-С., Мамонова Г.А. Стан психологічного дистресу серед різних соціальних груп в Україні під час пандемії COVID-19. Український соціум. 2020. № 2 (73). С.74-92.
9. Ісаков Р. Психосоматична патологія. Київ: Медкнига, 2023. 312 с.
- 10.Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
- 11.Кантофер Т. Хвороби, спричинені стресом. Поради для людей, які занадто багато віддають. Київ: Книголав, 2021. 224 с.
- 12.Колк В. Тіло веде лік. Як лишити психотравму в минулому: Харків: Віват. 2023. 624с.

- 13.Кравчун П.Г., Бабаджан В.Д., М'ясоєдов В.В. Методологія наукових досліджень в медицині: навч.посіб. Харків: ХНМУ, 2020. 260с.
- 14.Клименко В.І. Психосоматичні розлади: міждисциплінарний підхід. – Київ: Центр учбової літератури, 2016. – 224 с.
- 15.Кононова М., Кучма Т. Сутність стресу як психологічної категорії. Молодий вчений №1 (89). 2021. С.28-32.
- 16.Кузнецова О.В., Пшенична Н.О. Взаємозв'язок емоційної напруги та соматичних симптомів у пацієнтів із психосоматичними розладами. Український вісник психоневрології. 2021. Т.29, №1. С.50–54.
- 17.Ложкін Г.В., Блохіна І.О. Психологічний стрес: розвиток і подолання: комплекс навчально - методичного забезпечення для підготовки аспірантів за спеціальністю 053 «Психологія» : Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2016. 32 с.
- 18.Малкіна-Пих І.Г. Психосоматика: навч. посіб. / І.Г. Малкіна-Пих. — Київ: Видавництво «Право», 2021. — 320 с.
- 19.Мате Г. Коли тіло каже «ні». Ціна прихованого стресу. Київ: Смакі, 2024. 303 с.
- 20.Наугольник Л.Б. Психологія стресу : підручник. Львів, 2015. 324 с.
- 21.Наугольник Л.Б. Психологія стресу : курс лекцій. Львів: Ліга- Прес 2013. 128с.
- 22.Нетреб С. Психосоматика. Факти та докази. Київ: Видавничий центр «Кафедра», 2025. 168 с..
- 23..Овчаренко О.Ю. Психологія стресу та стресових розладів : навч.посіб. Київ: Університет «Україна» 2023. 266с.
- 24.Пилипака Ю.І., Романюк В.Л. Стрес як загальний адаптаційний синдром та психічне здоров'я особистості. Психологія: реальність і перспективи. 2016. Вип.6. С.177-178.
- 25.Радченко О.М. Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя» № 15-16 (532-533), 2022 р.

- 26.Савчин М.В., Василенко Л.П. Вікова психологія: навчальний посібник. Київ: Академвидав, 2005. 351 с.
- 27.Сапольські Р. Чому зебри не страждають на виразку: стрес, здоров'я та виживання / Р. Сапольські. — Київ: в-во Фабула, 2025. — 400 с.
- 28.Скіндер-Влас Є. (упоряд.). Анатомія стресу. Ганс Сельє та послідовники. – Київ: Медкнига, 2024.
- 29.Станчишин В. Емоційні гойдалки війни Роздуми психотерапевта про війну. Київ: Видавець. ТОВ«Віхола», 2022. 224 с.
- 30.Станчишин В. Стіни в моїй голові. Київ: Видавець ТОВ«Віхола», 2020. 208 с.
- 31.Ханецька, Т. І., Праченко, О. К. Психосоматична проблема в контексті психології здоров'я / Т. І. Ханецька, О. К. Праченко // 1st InternationalConferenceonInnovativeSolutionsinResearchandEducation, SãoPaulo, Brazil, 2022. – С. 24. <https://ksu24.kspu.edu/s/jAyYo>
- 32.Фройд З. Вступ до психоаналізу. Нові висновки. Харків: КСД, 2021. 552с.
- 33.Цимбалюк І. М., Яницька О. Ю. Загальна психологія. Київ: Професіонал, 2004. 215 с.
- 34.Шторк, Т. (Тімо). Психоаналіз і психосоматика. Тілесні основи психодинаміки. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки, 2025.
- 35.Чабан О.С., Хаустова О.О. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навч.посіб.. Київ : Видавничий дім Медкнига. 2021. 200с.
- 36.Чабан О.С., Хаустова О.О. Практична психосоматика: діагностичні шкали. – Київ: Медкнига, 2021. – 200 с.
- 37.Чепелєва Н.В. Психологічні чинники розвитку психосоматичних розладів. // Психологія і суспільство. – 2010. – №1. – С.112–118
- 38.Чистовська Ю.Ю. Патогенез депресивних станів та їх вплив на психосоматичне здоров'я. Міжнародна наукова-практична конференція (м Люблін, Польща 25-26 вересня, 2020року) С. 78-81<https://ksu24.kspu.edu/s/aZxOu>

39. Lovibond, P.F., & Lovibond, S.H. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (DASS)*. Sydney: Psychology Foundation, 1995
40. Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brähler, E., & Löwe, B. *The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8): A brief measure of somatic symptom burden*. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(3), 2014. 197–203.
41. Holmes, T.H., & Rahe, R.H. *The Social Readjustment Rating Scale*. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 1967. 213–218.

ДОДАТКИ

Додаток А.

1. «Оціночна шкала соціальної адаптації Холмса і Рея»

Сума балів до кожної з відповідних подій за останній рік життя людини дає приблизну оцінку того, як стрес впливає на здоров'я.

Перелік подій із «вагами»

1. Смерть чоловіка / дружини — 100
2. Розлучення — 73
3. Розлука подружжя (офіційна чи фактична) — 65
4. Ув'язнення — 63
5. Смерть близького члена сім'ї — 63
6. Власна серйозна хвороба чи травма — 53
7. Весілля — 50
8. Втрата роботи — 47
9. Примирення з подружжям — 45
10. Вихід на пенсію — 45
11. Зміна стану здоров'я члена сім'ї — 44
12. Вагітність — 40
13. Статеві труднощі — 39
14. Народження дитини — 39
15. Ділові зміни (реструктуризація, банкрутство тощо) — 39
16. Зміна фінансового стану — 38
17. Смерть близького друга — 37

18. Перехід на інший вид роботи — 36
19. Збільшення кількості сварок у шлюбі — 35
20. Іпотека / значний кредит ($>10\,000\$$) — 31
21. Конфлікти з родичами чоловіка/дружини — 29
22. Високі особисті досягнення — 28
23. Дружина / чоловік виходить на роботу чи кидає її — 26
24. Початок / завершення навчання — 26
25. Зміна життєвих умов (переїзд, ремонт тощо) — 25
26. Зміна особистих звичок (сон, їжа, хобі) — 24
27. Конфлікти з керівником на роботі — 23
28. Зміна умов або годин роботи — 20
29. Переміщення місця проживання — 20
30. Переміщення у нову школу / університет — 20
31. Зміна звичок у відпочинку — 19
32. Зміна звичок у релігійній активності — 19
33. Зміна соціальної активності (гуртки, спілкування) — 18
34. Іпотека чи кредит $<10\,000\$$ — 17
35. Зміна звичок у сні — 16
36. Зміна звичок у родинних зустрічах — 15
37. Зміна харчових звичок — 15
38. Відпустка — 13
39. Святкові зміни / Різдво, свята — 12
40. Незначні порушення закону (штраф, дрібне правопорушення) — 11
41. Великий особистий борг — 30

42. Дитина залишає дім (вступ до університету, одруження) — 29

43. Зміна життєвих звичок, пов'язаних із звичним колом спілкування — 24

Обробка та інтерпретація результатів. Підсумовується кількість балів за всі відмічені події. Чим більша сума, тим вищий рівень життєвого стресу.

Інтерпретація (Holmes&Rahe, 1967):

<150 балів → низький рівень стресу, ймовірність психосоматичних захворювань $\approx 30\%$.

150–299 балів → помірний рівень стресу, ризик захворювань $\approx 50\%$.

300+ балів → високий рівень стресу, ризик розвитку психосоматичних захворювань $\approx 80\%$.

Додаток Б**2.«Шкала соматичних симптомів» SSS-8 Автор: Б.Грек, С.Кохман та ін..**

Опитувальник SSS-8 — є скороченою версією часто використовуваного та добре відомого і перевіреного PHQ-15 — опитувальника (анкети) здоров'я пацієнта. SSS-8 було розроблено для використання в умовах браку часу.

Прочитайте судження опитувальника. Оцініть наскільки сильно турбували 8 поширених соматичних симптомів за останні 7 днів.

0 зовсім не турбував; 1 трохи турбував; 2 помірно; 3 сильно; 4 дуже сильно

1 Біль у шлунку чи животі

0 зовсім не турбував; 1 трохи турбував; 2 помірно; 3 сильно; 4 дуже сильно

2 Біль у спині

0 зовсім не турбував; 1 трохи турбував; 2 помірно; 3 сильно; 4 дуже сильно

3 Біль у руках, ногах чи суглобах

0 зовсім не турбував; 1 трохи турбував; 2 помірно; 3 сильно; 4 дуже сильно

4 Головний біль

0 зовсім не турбував; 1 трохи турбував; 2 помірно; 3 сильно; 4 дуже сильно

5 Втома або низький рівень енергії

0 зовсім не турбував; 1 трохи турбував; 2 помірно; 3 сильно; 4 дуже сильно

6 Порушення сну

0 зовсім не турбував; 1 трохи турбував; 2 помірно; 3 сильно; 4 дуже сильно

7 Запаморочення

0 зовсім не турбував; 1 трохи турбував; 2 помірно; 3 сильно; 4 дуже сильно

8 Біль у грудях або задишка

0 зовсім не турбував; 1 трохи турбував; 2 помірно; 3 сильно; 4 дуже сильно

Інтерпретація результатів

Результат	Ступінь інтенсивності прояву
0-3	Мінімальний
4-7	Низький
8-11	Середній
12-15	Високий
16-32	Дуже високий

Додаток В

3. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10).

Запитання в цій шкалі стосуються Ваших почуттів і думок протягом останнього місяця. Будь ласка, для кожного пункту виберіть один із наступних варіантів відповіді, що відображує як часто ви відчували або міркували в певний спосіб: 0 = ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто.

1. Як часто ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у своєму житті?

0 = ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто.

2. Як часто ви відчували нервозність або стрес?

0= ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто

3. Як часто ви відчували себе впевненим(ою) у своїй здатності вирішувати особисті проблеми?

0= ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто

4. Як часто ви відчували, що все йде на вашу користь?

0= ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто

5. Як часто ви відчували, що не можете впоратися з усіма необхідними справами?

0= ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто

6. Як часто ви могли контролювати роздратування у вашому житті?

0= ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто

7. Як часто ви відчували, що впораєтеся з усіма проблемами?

0= ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто

8. Як часто ви відчували, що не можете контролювати важливі події?

0= ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто

9. Як часто труднощі накопичувались настільки, що ви не могли їх подолати?

0= ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто

10. Як часто ви відчували, що ваші проблеми занадто великі для вас?

0= ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто

Інтерпретація. Необхідно підсумувати бали, отримані для кожного запитання. Максимальний можливий бал - 40. Високі показники можуть свідчити про високий рівень сприйняття стресу, тоді як низькі - про низький рівень стресу. Інтерпретація результатів може залежати від контексту і цільової аудиторії, але загалом бали можуть бути інтерпретовані таким чином: низький рівень стресу (0-13); середній рівень стресу (14- 26); високий рівень стресу (27- 40).

Додаток Г.

1. Шкали депресії, тривоги та стресу (DASS-21)

Автори: Lovibond&Lovibond, 1995

Мета: вимірювання емоційних станів — депресії, тривоги та стресу.

Формат: 21 твердження (по 7 для кожної підшкали). Будь ласка, вкажіть, наскільки кожне з наведених тверджень відповідає вашому стану протягом останнього тижня.

Шкали депресії, тривоги та стресу (DASS-21) — це психодіагностичний інструмент, створений для вимірювання трьох негативних емоційних станів: депресії, тривоги та стресу.

DASS-21 — скорочена версія повної шкали DASS-42. Вона складається з 21 твердження (по 7 для кожного виміру: депресії, тривоги та стресу). Респондент оцінює, наскільки кожне твердження відображає його стан за останній тиждень.

Відповіді даються за 4-бальною шкалою Лайкерта:

- 0 – «Зовсім не було притаманно мені»
- 1 – «Певною мірою або час від часу було притаманно»
- 2 – «Відчувалося досить часто»
- 3 – «Було дуже сильно або більшість часу»

Депресія – знижений настрій, втрата інтересів, пригніченість, безнадійність, низька самооцінка. Тривога – фізіологічне збудження, панічні реакції, відчуття страху, напруженість. Стрес – перевтома, дратівливість, труднощі з розслабленням, підвищена збудливість.

Інтерпретація результатів

Сума балів за кожною підшкалою множиться на 2 (щоб зрівняти з повною версією DASS-42). Підшкали:

Депресія (питання 1–7)Тривога (питання 8–14) Стрес (питання 15–21)

Інтерпретація результатів

Депресія

0–9 — норма

10–13 — легка

14–20 — середня

21–27 — важка

28+ — дуже важка

Тривога

0–7 — норма

8–9 — легка

10–14 — середня

15–19 — важка

20+ — дуже важка

Стрес

0–14 — норма

15–18 — легкий

19–25 — середній

26–33 — важкий

34+ — дуже важкий

Додаток Д.

**5. Анкета для виявлення психосоматичних розладів (для дорослих).
(О. Чабан, О. Хаустова).**

Включає в себе різноманітні питання про стан здоров'я протягом останніх 2 тижнів. Інструкція: відмічає пацієнт. Відмітьте, будь ласка, твердження, яке відповідає Вашому настрою як мінімум протягом останніх 2-ох тижнів. Будьте відверті у своїх відповідях. Відповідати Так (+) або Ні (-).

1. У мене буває поганий настрій, відчуття безнадії.
2. Я часто буваю нестерпним і дратівливим.
3. Я з песимізмом дивлюсь у майбутнє.
4. Я занадто занурений у спогади про минуле.
5. Я втратив інтерес до своєї зовнішності.
6. У мене поганий і неспокійний сон.
7. Мене відвідують тривожні думки і страхи.
8. Я уникаю обставин, пов'язаних зі стресом.
9. У мене постійна психічна та фізична втома.
10. Мені легко зіпсувати апетит.
11. Я намагаюся перебороти хворобу, працювати як колись і навіть більше.
12. Я не вірю в успіх лікування.
13. Через свою хворобу я втратив інтерес до справ і близьких людей.
14. Я не задоволений своїм сексуальним життям.
15. Я надаю перевагу самотності.
16. Хвороба робить моє майбутнє сумним і нудним.
17. Я не задоволений своїм становищем у суспільстві.
18. Я нездатен планувати майбутнє.
19. У мене є постійне бажання відчувати себе цінуваним.
20. Мені властива нерішучість.

21. Я боюся лишатися на самоті.
22. Оточення не розуміє моєї хвороби і моїх страждань.
23. Я часто нервую.
24. Я став частіше плакати.

6 Методика Акцент-2-90

Автори методики: Шмішек – Міллер модифікації М. Вігдорчика
Методика спрямована на діагностику типів акцентуацій характеру у підлітків і дорослих. Акцентуація характеру — це крайні варіанти норми, за яких окремі риси характеру надмірно підсилені, внаслідок чого виникає вибіркова вразливість до певного роду психогенних впливів за збереження загальної соціальної адаптації.

Уважно читайте питання і ставте позначку «+» у колонці «ТАК» - якщо згодні з цим питанням, або у колонці «НІ» - якщо не згодні, Орієнтуйтеся на власну поведінку та сприйняття у повсякденному житті.

1. Ваш настрій в основному буває ясным, незатьмареним?
2. Ви чутливі до образ і прикростей?
3. Чи буває так, що Ви легко можете заплакати?
4. По закінченні якої-небудь роботи чини виникають у Вас сумніви щодо якості її виконання, і чи не вдається Ви до перевірки?
5. У дитинстві Ви були такі ж сміливі, як і інші Ваші однолітки?
6. Чи бувають у Вас коливання настрою від дуже веселого до дуже сумного?
7. Чині вірно, що зазвичай Ви є центром уваги в суспільстві, компанії?
8. Чи бувають у Вас дні, коли без усякого приводу Ви перебуваєте в такому незадоволеному настрої, що з Вами краще не розмовляти?
9. Ви серйозна людина?
10. Чи здатні Ви бути у захваті, захоплюватися чим-небудь?
11. Чи підприємливі Ви?
12. Ви швидко забуваєте, якщо Вас хтось скривдив?
13. Ви м'якосердна людина?
14. Відіславши адресату повідомлення в месенджері, чи перевіряєте Ви, чи прочитав його адресат?
15. Чи прагнете Ви завжди вважатися в числі кращих працівників?
16. Чи боялися Ви в дитинстві грози, незнайомих собак?
17. Чи прагнете Ви завжди і в усьому дотримуватись порядку?
18. Чи залежить Ваш настрій від зовнішніх обставин?
19. Чи люблять Вас Ваші знайомі?
20. Часто у Вас буває почуття внутрішнього занепокоєння, відчуття лиха, можливих неприємностей?

21. У Вас часто буває щось пригнічений настрої?
22. Читраплялося Вам ридати, переживати важкі нервові потрясіння?
23. Чи важко Вам довго сидіти на місці?
24. Чи енергійно Ви відстоюєте свої інтереси, коли до Вас вчиняють несправедливості?
25. Чи можете Ви зарізати живого птаха?
26. Чи дратує Вас, коли скатертина або фіранка висять нерівно, чи прагнете Ви негайно це виправити?
27. Чи боялися Ви в дитинстві залишатися одні вдома?
28. Чи бувають у Вас коливання настрою без очевидної причини?
29. Чи вірно, що Ви за своїми професійними якостями належите до найкращих?
30. Чи швидко Ви починаєте гніватися?
31. Чи здатні Ви бути безтурботно веселим?
32. Чи бувають у Вас стани, коли Ви сповнені щастя?
33. Чи можете Ви розважатися суспільство, бути душею компанії?
34. Вам важко переносити вигляд крові, це викликає у Вас неприємні відчуття?
35. Чи охоче Ви беретеся до роботи, яка вимагає від Вас великого почуття власної відповідальності?
36. Чи заступитеся Ви за людей, стосовно яких вчинено несправедливо?
37. Ви хвилюєтесь, коли необхідно увійти в темний підвал, не освітлену кімнату?
38. Чи вірно, що Ви віддаєте перевагу роботі, у якій треба діяти швидко, але вимоги до якості виконання не високі?
39. Чи товариські Ви?
40. Чи охоче Ви в школі декламували вірші?
41. Читраплялось Вам в дитинстві тікати з дому?
42. Чи можете Ви прямо висловити кому-небудь Вашу думку про нього (неї)?
43. Чи здається Вам життя важким?
44. Читраплялося Вам засмучуватися через якийсь конфлікт, сварки, щоб Ви не відчували себе в змозі піти на роботу, до школи?
45. Чи можете Ви сказати, що навіть під час невдачі Ви не втрачаєте почуття гумору?
46. Чи намагаєтесь Ви примиритися, якщо Ви кого-небудь скривдили, чи робите Ви першими кроки до примирення?
47. Ви любите тварин?
48. Чи бувало так, що вийшовши з дому, Ви верталися та перевіряли чи щось-небудь не трапилося?
49. Чи турбували Вас будь-коли думки, що з Вами або з Вашими рідними повинно щось трапитися?
50. Чи вважаєте Ви, що Ваш настрій дуже мінливий?
51. Чи важко Вам виступати на сцені або з кафедри перед великою аудиторією?
52. Ви можете вдарити кривдника, якщо він Вас образить?
53. Чи велика у Вас потреба в спілкуванні з іншими людьми?
54. Чи можете Ви під впливом розчарування пасти у відчай?
55. Чи подобається Вам організаторська діяльність?

56. Чивистачає Вам наполегливості досягати поставленої мети, незважаючи на те, щона шляху до неї доводиться долати багато перешкод?
57. Чиможесхвилювати Вас трагічний фільм настільки, що на очах з'являться сльози?
58. Чибуває так, що Вам важкозаснути через те, що голова забита денними проблемами, турботами про майбутнє?
59. Чипідказували Ви своїмоднокласникам у шкільні роки, чи давали їм списувати?
60. Чистривожила би Вас необхідність пройти одному (одній) в темряві через цвинтар?
61. Чипильнуєте Ви, щоб у будинку кожнaріч лежала на власному місці?
62. Читраплялося Вам лягати спати в доброму настрої, а прокидатися – в пригніченому, похмурому стані?
63. Чи легко Ви пристосовуєтеся до нової ситуації?
64. Чи часто у Вас буває головний біль?
65. Чи часто Ви смієтеся?
66. Чи можете Ви ставитися до людей, яких не поважаєте, так, що б вони цього не помічали?
67. Чивважаєте Ви себе рухливою, енергійною людиною?
68. Ви дуже переживаєте через несправедливість?
69. Ви любите природу?
70. Ідучи з будинку а болягачиспати, Ви перевіряєте чи закритий газ, чи включено світло, чи замкнені двері?
71. Ви боязка людина?
72. Чизмінюється Ваш настрій при вживанні алкоголю?
73. Чиприймаєте Ви участь (зараз або в минулому) в аматорських виставах, театральних гуртках?
74. Чи часто Ви відчуваєте потяг до подорожей?
75. Чиставитеся Ви до майбутнього опесимістично, без очікування радості?
76. Ваш настрій може змінюватися так різко, що стан радості і задоволення раптом змінюється на похмурість й пригніченість?
77. Чивдається Вам у спілкуванні з людьми створити певний настрій?
78. Чидовго Ви переживаєте почуття образи, досади?
79. Чипереживаєте Ви прикrostі інших людей тривалий час?
80. Чи могли б Ви, в шкільні роки, переписати цілу сторінку в зошиті через помарку?
81. Ви ставитеся до людей скоріше з недовірою та обережністю, чим з довірою?
82. Чи часто Ви бачите страшні сни?
83. Чи бувають у Вас фантазії (марення), що Ви можете кинутися під колеса поїзда, щомчить, або, якщо перебуваєте біля високого розташованого вікна, що можете з нього вистрибнути?
84. У веселій компанії Ви зазвичай веселі?
85. Чиздатні Ви відволікатися від важких проблем, що потребують вирішення?
86. Ви стаєте менш стриманим (стриманою) і почуваєте себе вільніше під впливом алкоголю?

- 87. У бесіді Ви скоріше багатослівні, ніж балакучі?
- 88. Якщо б Вам було необхідно зіграти на сцені, змогли б Ви увійти в роль настільки, щоб забути про те, що це тільки гра?
- 89. Ви надаєте перевагу праці на самоті?
- 90. Вам подобаються першоквітневі жарти?

Загальна вибірка та результати проходження опитувальників.

Параметри		n	%
Стать	жінки	20	59
	чоловіки	14	41
Вік	До18	3	9
	18-25	6	18
	26-35	11	32
	36-45	12	35
	46-59	2	6
	60+	0	0
Сімейний стан	неодружений/незаміжня	15	44
	одружений/заміжня	16	47
	у цивільномушлюбі	1	3
	розлучений(а)	2	6
	вдівець/вдова	0	0
Освіта	учень/студент	5	15
	незакінченасередня	0	0
	повназагальна середня	1	3
	професійно-технічна	1	3
	неповна вища (коледж, технікум)	0	0
	бакалавр	5	15
	магістр/Спеціаліст	22	64
	кандидат наук/доктор наук	0	0
Рід занять. Професія. Працевлаштування	Державна служба	13	38
	Освіта і наука	5	15
	Охорона здоров'я	0	0
	Бізнес / підприємництво	0	0

Параметри		n	%
	Промисловість / виробництво	2	6
	Військова служба / правоохоронні органи	11	32
	Сфера послуг	1	3
	Інше	0	0
	Не працюю	2	6
проживання	село	8	23
	місто	24	71
	селище	2	6
«Оціночна шкала соціальної адаптації Холмса і Рея»	<150 балів → низький рівень стресу, ймовірність психосоматичних захворювань ≈ 30%.	20	59
	150–299 балів → помірний рівень стресу, ризик захворювань ≈ 50%. "	12	35
	300+ балів → високий рівень стресу, ризик розвитку психосоматичних захворювань ≈ 80%.	2	6
SSS-8	Мінімальний 0-3	4	12
	Низький 4-7	9	26
	Середній 8-11	8	23
	Високий 12-15	7	21
	Дуже високий 16-32	6	18
шкала сприйняття стресу PSS-10 III.Коен	низький 0-19	14	41
	помірний 20-24	19	56

Параметри		п	%
	високий 25-29	1	3
Анкета виявлення психосоматичних розладів О.Чабан О Хаустова	наявність психосоматичних розладів	24	71
	відсутність психосоматичних розладів	10	29
DASS-21 шкала депресії	норма	7	21
	легка	9	26
	середня	15	44
	важка	3	9
	дуже важка	1	3
DASS-21 шкала тривоги	норма	11	32
	легка	3	9
	середня	11	32
	важка	6	18
	дуже важка	3	9
DASS-21 шкала стресу	норма	18	53
	легка	7	21
	середня	8	24
	важка	1	3
	дуже важка	0	0