

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ ХАРКІВСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н.КАРАЗІНА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ

КАФЕДРА ПРИКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: «Психологічні особливості психосоматичних симптомів та їх
взаємозв'язок із саморегуляцією емоцій у жінок 25-40 років»

Студентки 2 курсу групи ЗПС-63 другого
(магістерського) рівня вищої освіти освітньо-
професійної програми «Психологія» за
спеціальністю 053 – ПСИХОЛОГІЯ
Іванова О.А.

Керівник: кандидат психологічних наук,
доцент ЗВО Зотова Л.М.

Чотирьохрівнева шкала оцінювання _____

Кількість балів: _____

Члени комісії _____
(підпис) (прізвище та ініціали)

_____ (підпис) (прізвище та ініціали)

_____ (підпис) (прізвище та ініціали)

м. Харків – 2025 рік

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СИМПТОМІВ ТА ЕМОЦІЙНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ В НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ.....	7
1.1 Визначення психосоматичних симптомів і тривожності.....	7
1.2 Моделі та класифікації психосоматичних захворювань.....	11
1.3 Емоційна саморегуляція і техніки подолання негативних емоцій.....	20
Висновки до розділу 1.....	27
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СИМПТОМІВ ТА ЕМОЦІЙНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ.....	29
2.1 Організація дослідження та характеристика вибірки.....	29
2.2 Методики дослідження	31
2.3 Процедура дослідження та етичні аспекти.....	36
Висновки до розділу 2.....	39
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СИМПТОМІВ ТА ЕМОЦІЙНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ У ЖІНОК 25-40 РОКІВ.....	40
3.1 Рівень психосоматичних симптомів у жінок 25-40 років	40
3.2 Особливості емоційної саморегуляції.....	46
3.3 Рівень тривожності у вибірці жінок.....	51
3.4 Кореляційний аналіз взаємозв'язку психосоматичних симптомів, тривожності та труднощів емоційної регуляції.....	55
3.5 Обговорення результатів.....	56

Висновки до розділу 3.....	59
ВИСНОВКИ.....	61
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	63
ДОДАТОК А.....	70
ДОДАТОК Б.....	72
ДОДАТОК В.....	75

ВСТУП

Актуальність дослідження. Хронічний стрес, високі темпи життя, багатозадачність, постійне емоційне навантаження та дефіцит часу на відпочинок стають значущими факторами, які порушують психофізіологічну рівновагу людини. Найбільш уразливою у цьому контексті є група жінок середнього дорослого віку (25–40 років), які поєднують численні соціальні ролі – професійну, сімейну, материнську, подружню. Таке поєднання часто супроводжується емоційним виснаженням, підвищеною тривожністю та схильністю до соматизації дистресу.

Психосоматичні прояви є результатом взаємодії біологічних і психологічних механізмів, у яких ключову роль відіграє емоційна саморегуляція. Порушення здатності до адекватного управління емоційними станами – труднощі у прийнятті власних емоцій, брак ефективних стратегій емоційного опанування, низька емоційна ясність – часто призводять до перенесення внутрішнього напруження у тілесну сферу. Дисфункція емоційної регуляції сприяє хронічній активації стресових реакцій організму, що зумовлює зміни у функціонуванні серцево-судинної, ендокринної та імунної систем і, як наслідок, появу соматичних скарг без органічного підґрунтя. Особливу увагу у сучасній психології здоров'я приділяють вивченню ролі емоційної саморегуляції у підтриманні психосоматичної рівноваги. Дослідження показують, що дефіцит навичок емоційного усвідомлення, труднощі з контролем імпульсів і підвищений рівень тривожності суттєво підвищують ризик соматизації. Для жінок 25-40 років цей процес часто посилюється постійною напругою, пов'язаною з відповідальністю за дітей, сімейними обов'язками та прагненням до професійної реалізації.

Наукова актуальність проблеми зумовлена потребою глибшого розуміння психологічних механізмів, які лежать в основі формування психосоматичних симптомів у жінок, а також визначенням ролі емоційної саморегуляції як чинника психічного та фізичного благополуччя. Розкриття взаємозв'язку між рівнем тривожності, труднощами емоційної регуляції та соматичними проявами

створює підґрунтя для розроблення ефективних психопрофілактичних і психокорекційних програм.

Соціальна значущість дослідження полягає в тому, що формування навичок емоційної саморегуляції сприяє підвищенню якості життя жінок, профілактиці емоційного вигорання та зниженню рівня психосоматичних порушень. Розробка психологічних інтервенцій, спрямованих на розвиток усвідомленості, стресостійкості та адаптивних стратегій емоційного опанування, може мати практичне застосування у психологічному консультуванні, психотерапії, а також у програмах підтримки ментального здоров'я жінок репродуктивного віку. Отже, дослідження особливостей емоційної саморегуляції у взаємозв'язку з психосоматичними симптомами у жінок 25–40 років є не лише актуальним, але й перспективним напрямом сучасної психологічної науки. Воно поєднує теоретичне значення для розвитку психології здоров'я та практичну цінність для створення ефективних програм психологічної допомоги й профілактики психосоматичних розладів.

Об'єктом дослідження є психосоматичні прояви в структурі психічного функціонування особистості.

Предмет дослідження – взаємозв'язок психосоматичних симптомів, рівня тривожності та труднощів емоційної саморегуляції у жінок віком 25–40 років.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити взаємозв'язок психосоматичних симптомів, тривожності й емоційної саморегуляції у жінок середнього дорослого віку.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що у жінок 25-40 років труднощі емоційної саморегуляції (особливо дефіцит стратегій та неприйняття емоцій) позитивно корелюють із рівнем соматизації та тривожності, а тривожність частково посередковує цей зв'язок.

Завдання дослідження:

– проаналізувати теоретичні підходи до проблеми психосоматичних проявів, тривожності та емоційної саморегуляції у психологічній науці;

- визначити структуру та компоненти емоційної саморегуляції особистості;
- провести емпіричне дослідження рівня психосоматичних симптомів, тривожності та труднощів емоційної регуляції у жінок віком 25–40 років;
- здійснити кореляційний аналіз взаємозв'язку психосоматичних симптомів, тривожності та показників емоційної регуляції;
- сформулювати узагальнені висновки та визначити напрями психологічної профілактики психосоматичних проявів у жінок.

Для досягнення поставленої мети застосовано комплекс взаємодоповнювальних **методів**: *теоретичні* (аналіз, синтез, узагальнення, порівняння наукових підходів і концепцій); *емпіричні* (тестування з використанням Шкали соматичних симптомів SSS-8, Шкали труднощів емоційної регуляції DERS, Шкали генералізованої тривожності GAD-7); *статистичні методи* (обчислення середніх значень, t-критерію Стюдента для незалежних вибірок, кореляційний аналіз за Спірменом).

Характеристика вибірки. У дослідженні взяли участь 59 жінок віком від 25 до 40 років. За критерієм наявності дітей вибірку поділено на дві підгрупи: жінки з дітьми ($n = 30$) та жінки без дітей ($n = 29$). Вибірка є репрезентативною для середнього дорослого віку, усі учасниці перебувають у соціально активному житті, мають середню або вищу освіту, постійну зайнятість.

Практична значущість дослідження полягає в тому, що отримані результати можуть бути використані у психологічному консультуванні, психопрофілактичній і психотерапевтичній роботі з жінками, які зазнають емоційного виснаження або психосоматичних проявів. Розроблені на основі дослідження рекомендації можуть бути впроваджені у практику роботи психологів освітніх, медичних та соціальних установ для підвищення рівня емоційної компетентності, стресостійкості та профілактики психосоматичних розладів.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СИМПТОМІВ ТА ЕМОЦІЙНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ В НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ

1.1 Визначення психосоматичних симптомів і тривожності

Психосоматика — це міждисциплінарна сфера на межі медицини та психології, що вивчає взаємозв'язок між психічними процесами людини та соматичними (тілесними) проявами захворювань [31]. Нині не існує єдиного, загальновизнаного визначення терміна «психосоматика» (від дав.-гр. *ψυχή* — душа, *σῶμα* — тіло) [25]. Термін уперше з'явився в наукових дискусіях, присвячених природі психічних порушень — як зовнішньо зумовлених (екзогенних), так і внутрішньо обумовлених (ендогенних), серед представників німецьких шкіл психіатрії та соматичної медицини.

Уперше поняття «психосоматичний» у науковий обіг ввів Йоганн Хайнрот — представник німецької психіатричної школи. Він намагався розмежувати симптоматичні психічні розлади (такі як меланхолія чи манія) від органічних патологій («ідіопатичне церебральне безумство»). Учений розглядав безсоння маніакального спектра як наслідок надмірного збудження душі [28]. Згодом Карл Якобі, представник соматичної школи, запропонував поняття «соматопсихічний», підкресливши провідну роль фізіологічних процесів у виникненні психічних порушень. На його думку, психози мають тілесне походження, однак головний мозок не є єдиним визначальним чинником їх розвитку [3]. Подальший внесок у дослідження взаємозв'язку між тілесними і психічними хворобами зробив Вільгельм Грізінгер, який розглядав головний мозок як центральну ланку у формуванні психічних розладів і наголошував на необхідності вивчення його стану [39].

Українські науковці С. Д. Максименко та Н. Ф. Шевченко підкреслюють, що соматичні хвороби суттєво впливають на психічний стан людини, її світосприйняття та самооцінку, нерідко спричиняючи передчасну фізичну та

психологічну інвалідизацію. У процесі хвороби формується особисте ставлення до нових умов життя та до себе – так звана «внутрішня картина хвороби» [38]. Перші спроби системно описати реакцію хворого на захворювання належать А. Гольдшейдеру, який увів поняття «аутопластична картина захворювання» як сукупність тілесних відчуттів, уявлень і переживань, що має сенситивний і інтелектуальний рівні [19].

Значний вплив на становлення психосоматики справив З. Фрейд, який у ранній теорії потягів, спираючись на ідеї Хайнрота, доводив, що пригнічені бажання та внутрішні конфлікти можуть проявлятися у формі тілесних симптомів. Концепція несвідомого продемонструвала, що неусвідомлені емоційні переживання істотно впливають на фізичний стан людини; подальші психоаналітичні розробки пов'язали травматичний досвід, внутрішні конфлікти та невротичні розлади з соматичними симптомами [2].

На сучасному етапі виокремлюють два основні підходи до розуміння психосоматики та визначення психосоматичних хвороб. Перший, вузький підхід зберігає класичне трактування терміна: «Психосоматика – це напрям у медицині та психології, який досліджує вплив психологічних (переважно психогенних) факторів на виникнення та перебіг соматичних захворювань» [32]. Згідно з ширшим підходом, психосоматика розглядає взаємозв'язок між психічним і тілесним у контексті взаємодії біологічних, психологічних, соціальних і екологічних детермінант; здоров'я й хвороба постають як результат системної дії багаторівневих механізмів. У межах цього підходу окрему увагу приділяють функціональним соматичним синдромам і *bodily distress*, де ключову роль відіграють стрес-реакції, копінг і емоційна регуляція [36]. Психосоматика охоплює клінічні, психологічні, епідеміологічні та експериментальні дослідження: аналіз ролі стресу, зв'язок рис особистості, стилю поведінки та типу реагування зі сприйнятливістю/стійкістю до певних захворювань, вивчення поведінки людини в хворобі, її реакції на діагноз і лікування, а також вплив медичних втручань на психоемоційний стан [15].

У цьому дослідженні під психосоматичними симптомами розуміємо тілесні скарги й відчуття, інтенсивність або тривалість яких істотно модулюється психологічними факторами (стрес, тривожність, емоційна дисрегуляція), незалежно від наявності органічного субстрату. Такі симптоми кількісно оцінюються за SSS-8 [33]. Емоційну саморегуляцію розглядаємо як систему процесів, що забезпечують усвідомлення, прийняття й керування емоціями; її труднощі оцінюються за DERS [26].

Психосоматичні хвороби становлять групу патологічних станів, що виникають унаслідок взаємодії тілесних і психічних чинників. Їх формування часто зумовлене соціально-стресовими впливами – психотравмуючими подіями, життєвими кризами, хронічним стресом, а також особистісними рисами (емоційна лабільність, тип реагування на стрес, рівень самоконтролю й адаптивності).

Тривожність є одним із ключових психологічних чинників формування психосоматичних реакцій. Під тривожністю розуміють емоційний стан внутрішнього занепокоєння, напруження або передчуття небезпеки, який може бути короткочасним (стан тривоги) або стійким (особистісна риса тривожності) [1]. Підвищений рівень тривожності супроводжується вегетативними та соматичними реакціями – тахікардією, підвищенням артеріального тиску, тремором, м'язовим напруженням, розладами сну й апетиту. За хронічного перебігу тривожність стає фоном психосоматичних порушень, посилюючи фізичне виснаження, знижуючи працездатність і стійкість до стресу. У подальшому тривожність у нашій вибірці оцінюватиметься за GAD-7, валідованою україномовною шкалою генералізованої тривожності [1].

Сучасні дослідження психосоматичних проявів свідчать, що соматичні симптоми у жінок і дорослих осіб є результатом взаємодії емоційних, фізіологічних та соціальних чинників. Це відповідає біопсихосоціальній моделі, представленої у дослідженнях [36; 38]. На думку Любан-Плоци, Пельдингера та колег [20], більшість соматичних скарг у дорослих не мають органічного підґрунтя та виникають унаслідок емоційного перенапруження, хронічного

стресу й порушень адаптації. Проблематика психосоматичних проявів у жінок набула особливої уваги через поєднання високого рівня емоційної чутливості, професійних та сімейних навантажень і багатозадачності. У вітчизняних дослідженнях Бочелюка, Панова і Спицької [3] зазначається, що жінки частіше за чоловіків повідомляють про астеничні та вегетативні симптоми — втому, порушення сну, головний біль, біль у м'язах. Аналогічні висновки наведені у роботах Тодоріко, Петренко і Герман [28], а також Грицюк [9], де підкреслюється особлива вразливість жінок до соматизації дистресу. Червинська [31] доводить, що психосоматичні розлади у жінок часто пов'язані з накопиченням емоційної напруги та дефіцитом емоційної підтримки.

Одним із провідних чинників психосоматизації виокремлюється емоційна дисрегуляція. Модель емоційної регуляції Дж. Гросса [35] підкреслює, що неефективні або несформовані стратегії опанування емоцій призводять до підвищення фізіологічної активації, що проявляється через тілесні симптоми. Згідно з підходом К. Гратц і Л. Роемер [34], ключовими компонентами емоційної дисрегуляції є неприйняття емоцій, труднощі контролю імпульсів, проблеми цілеспрямованої поведінки та дефіцит стратегій емоційного опанування. У роботах українських авторів також підкреслюється роль емоційної саморегуляції у виникненні психосоматичних реакцій: Бурдейний і Стащенко [4] показують, що хронічний біль та інші соматичні прояви можуть бути формою вираження непропрацьованих емоцій, тоді як Купчишина, Янцаловський і Заводна [18] наголошують на зв'язку низької стресостійкості з інтенсивністю тілесних скарг у дорослих.

Окремий напрям досліджень присвячено ролі тривожності в розвитку психосоматичних проявів. Українська адаптація шкали GAD-7, виконана Алексіною, Герасименко та колегами [1], демонструє, що підвищена тривожність пов'язана зі зростанням частоти головного болю, порушень сну, серцебиття й відчуття напруги. Результати зарубіжних клінічних досліджень Kroenke та співавторів [37] підтверджують, що тривожність виступає потужним предиктором соматичних скарг незалежно від віку чи статі. У роботах

Henningsen et al. [36] наголошується, що тривожність активує симпатичну нервову систему, спричиняючи фізіологічні зміни, які суб'єктивно сприймаються як тілесний дискомфорт.

У доповідях OECD [39] щодо психічного здоров'я молоді та дорослих підкреслюється зростання частоти емоційних порушень, особливо серед жінок 25–40 років, що підсилює ризик розвитку психосоматичних проявів. Дані останніх років вказують на те, що саме комбінація емоційної дисрегуляції та підвищеного рівня тривожності визначає інтенсивність тілесних симптомів і формує схильність до соматизації.

Отже, сучасний стан наукових досліджень свідчить, що психосоматичні симптоми у жінок є комплексним феноменом, зумовленим взаємодією емоційних, когнітивних і фізіологічних процесів. Емоційна дисрегуляція, дефіцит адаптивних копінг-стратегій і тривожність виступають провідними чинниками соматизації, що підтверджується даними як зарубіжних, так і українських вибірок [1; 3; 4; 18; 26; 31; 36]. Такий огляд формує теоретичне підґрунтя для власного емпіричного дослідження психосоматичних проявів та емоційної саморегуляції у жінок середнього дорослого віку.

1.2 Моделі та класифікації психосоматичних захворювань

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, протягом останніх років в Україні спостерігається різке зростання випадків психосоматичних розладів і невротичних станів. Частота психосоматичних порушень коливається в межах від 15 до 50 %, причому близько половини місць у терапевтичних відділеннях займають пацієнти з такими захворюваннями [7].

Психосоматичні хвороби являють собою вторинні функціональні або органічні зміни у роботі внутрішніх органів і систем, які виникають або загострюються під впливом психогенних чинників. До таких чинників належать різноманітні форми емоційного напруження, насамперед стреси, конфліктні ситуації та кризові переживання [6].

Психоемоційні навантаження і стреси здатні сприяти виникненню широкого спектра патологій – від стоматологічних проблем, як-от карієс, до серйозних онкологічних процесів. Найпоширенішими серед психосоматичних розладів фахівці називають артеріальну гіпертензію, виразкову хворобу шлунка, бронхіальну астму, ревматоїдний артрит, нейродерміт, тиреотоксикоз, інфаркт міокарда та мігрень.

Поширення психогенних захворювань нині має глобальний характер. Сучасні реалії – пандемія COVID-19, війна Росії проти України, а також масштабні соціально-економічні потрясіння – підсилюють потребу в ефективних стратегіях збереження психічного здоров'я та відновлення психологічних ресурсів особистості.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, під час збройних конфліктів близько 30 % людей, які пережили травматичний досвід, стикаються з серйозними порушеннями психічного здоров'я, а ще приблизно 40 % мають поведінкові труднощі, що перешкоджають їхній здатності ефективно функціонувати. Найчастіше у таких осіб виявляють депресивні та тривожні розлади, а також психосоматичні симптоми – безсоння, головні болі, болі у спині чи животі, проблеми з серцево-судинною системою тощо [7].

Соматичні хвороби, що виникають під впливом психогенних чинників, отримали назву «психосоматичних розладів».

Психосоматичні захворювання – це розлади, у розвитку яких провідну роль відіграють психологічні процеси людини, а не лише фізіологічні причини. Якщо під час медичного обстеження не виявляється органічних порушень або ж симптоми є наслідком емоційних станів – гніву, страху, депресії, провини чи неврозу – таку недугу відносять до психосоматичних [27]. Під цим поняттям розуміють сукупність симптомів і синдромів, що відображають зміни у роботі різних органів і систем, зумовлені індивідуально-психологічними особливостями людини, її звичними моделями поведінки, реакцією на стрес і способом опрацювання внутрішніх конфліктів [16].

Наука психосоматика досліджує взаємодію між психічними процесами та фізіологічними функціями організму, а також вплив емоційних переживань на виникнення або перебіг соматичних симптомів.

Психічні явища здатні проявлятися у фізичній площині, адже стан психіки безпосередньо впливає на роботу органів і систем тіла. Наприклад, стрес викликає підвищене вироблення гормонів, що може призвести до появи таких симптомів, як біль у грудях чи голові, тремтіння, коливання артеріального тиску, запаморочення або зміни температури тіла.

Психосоматичні прояви є цілком реальними й можуть виникати під впливом стресових ситуацій або емоційних переживань. Це зовсім не означає, що людина вигадує свої недуги – психологічні чинники дійсно мають здатність впливати на фізичний стан організму. Важливо розуміти, що психосоматичні розлади не є ознакою «слабкості характеру»; вони можуть розвиватися внаслідок дії стресу, психологічних травм, спадкових або соціально обумовлених факторів.

У багатьох випадках прояви психосоматичних симптомів послаблюються чи зникають після вирішення внутрішніх психологічних конфліктів. Проте іноді вони зберігаються навіть після усунення емоційних причин, особливо якщо хворобливі прояви набули хронічного характеру. У таких випадках необхідний комплексний підхід до лікування, який може поєднувати психотерапевтичну допомогу, фізіотерапію, медикаментозне лікування та інші заходи, спрямовані на полегшення стану пацієнта.

Психіка людини впливає на фізіологічні процеси через нейроендокринну та імунну системи. Під час стресу, наприклад, мозок активує виділення гормонів – адреналіну, кортизолу та інших, що спричиняють підвищення артеріального тиску, пришвидшене серцебиття, зростання рівня глюкози у крові та інші фізіологічні реакції. Крім того, емоційний стан безпосередньо позначається на роботі імунної системи, яка відповідає за захисні функції організму. Хронічне емоційне напруження, тривога чи депресивні стани можуть ослаблювати імунітет і, відповідно, підвищувати ризик інфекційних та інших

захворювань. Також психологічний стан позначається на поведінкових реакціях і способі життя людини. Наприклад, під час депресії людина може втратити інтерес до їжі чи фізичної активності, що призводить до порушень обміну речовин, зниження тонуусу організму й розвитку фізичних симптомів, пов'язаних із гіподинамією або недоїданням.

Ідея про взаємозв'язок між розумом і тілом відома людству ще з античних часів: грецькі філософи вважали, що стан душі безпосередньо відображається на здоров'ї тіла. Відтак принцип єдності душі (психе) й тіла (сома) лежав в основі медицини ще з моменту її зародження. Якщо застосувати цей підхід у сучасному контексті, можна стверджувати, що медицина споконвічно мала психосоматичну природу. Зв'язок між емоційним станом людини та функціонуванням її органів простежувався вже у філософських працях Платона, який жив понад дві тисячі років тому [9, с. 121].

Психосоматичний підхід реалізується тоді, коли пацієнта сприймають не просто як носія фізичного захворювання, а як цілісну особистість. У цьому сенсі розвиток психосоматичного напрямку можна розглядати як шлях до подолання знеособленості сучасної медицини та повернення до гуманістичного бачення людини.

Кожне психосоматичне захворювання є невід'ємною характеристикою організму людини як цілісної системи. Вони не виникають ізольовано від психічних чи фізіологічних (у тому числі спадкових) властивостей індивіда, а тому не можуть бути пояснені лише через одну підсистему — психічну або соматичну. Лише взаємодія цих підсистем із зовнішнім середовищем може призвести до нового стану організму, який визначається як психосоматичне порушення. Усвідомлення таких взаємозв'язків дає змогу ефективніше впливати на перебіг хвороби, зокрема за допомогою психотерапевтичних методів [9, с. 122].

Внутрішні конфлікти, невротичні реакції та психореактивні зв'язки формують клінічну картину соматичного страждання — визначають його тривалість, характер перебігу й навіть стійкість до лікування.

Деякі американські науковці пропонують замінити термін «психосоматика» поняттям «психонейроімуннологія», яке точніше відображає складну взаємодію психіки й тіла через механізми нервової та імунної регуляції. Сучасні дослідження підтверджують, що негативні психоемоційні впливи мають суттєве значення у розвитку багатьох хвороб. Зокрема, В. Любан-Плоцца визначає такі чинники, що формують патогенез психосоматичних розладів:

- неспецифічна або вроджена схильність до соматичних порушень;
- спадкова зумовленість психосоматичних тенденцій;
- зміни центральної нервової системи, які викликають нейродинамічні порушення;
- індивідуально-психологічні особливості особистості;
- психічний та фізичний стан у момент психотравмуючих впливів;
- несприятливе соціальне та сімейне оточення;
- характер і сила травматичних подій [20].

Кожен із цих факторів, окремо або в комбінації, підвищує чутливість людини до емоційного стресу, послаблює психологічні та біологічні механізми захисту, сприяє появі або ускладнює перебіг соматичних розладів. Найбільш дискусійним аспектом психосоматичної медицини залишається природа психічного чинника у виникненні тілесних патологій. Водночас загально визнано, що ключовою причиною психосоматичних захворювань є реакція організму на емоційні переживання, які спершу зумовлюють функціональні зміни, а згодом – органічні пошкодження. Таким чином, функціональна фаза порушень поступово переходить у морфологічну, і захворювання набуває генералізованого характеру.

Для низки розладів, що уражають різні системи організму — серцево-судинну, дихальну, терморегуляційну, травну та інші — дослідники досі застосовують термін «функціональна патологія».

Класифікаційні підходи:

1. DSM-5/DSM-5-TR: «Somatic Symptom and Related Disorders» (ключові критерії: А – симптоми/дистрес; В – надмірні думки/тривога/поведінки; С – тривалість ≥ 6 міс.).

2. МКБ-11: Bodily Distress Disorder (6C20) з градацією за вираженістю (легкий/помірний/виражений).

3. Функціональні соматичні синдроми (медична практика): синдром подразненого кишечника, фіброміалгія, хронічна втома тощо — як клінічні кластери в межах єдиних механізмів [36].

Соматоформні розлади характеризуються періодичним виникненням тілесних симптомів, що нагадують прояви соматичних хвороб, але не мають об'єктивного підтвердження під час медичного обстеження [22]. До другої групи належать психосоматичні захворювання, серед яких виділяють бронхіальну астму, виразковий коліт, хворобу Крона, нейродерміт, виразку шлунка, а також порушення харчової поведінки – анорексію, булімію та ожиріння. Третю групу становлять пацієнти з тяжкими хронічними патологіями, такими як муковісцидоз, цукровий діабет, хронічна ниркова недостатність та злоякісні пухлини [9, с. 123].

Цікаву класифікацію психосоматичних порушень запропонував Цимпріх (Zimprich, 1984), який виділив такі рівні проявів:

- психосоматичні реакції;
- функціональні розлади;
- психосоматичні хвороби з обмеженою симптоматикою;
- специфічні психоматози (виразкова хвороба, коліт тощо).

На думку Цимпріха, усі ці порушення об'єднує спільний принцип лікування, який передбачає поєднання медикаментозної терапії з психотерапевтичним втручанням. Умовно психосоматичні розлади поділяють на дві категорії: «великі» (класичні) – до яких належать ішемічна хвороба серця, гіпертонія, бронхіальна астма, виразкова хвороба; та «малі», або «органні

неврози», що охоплюють невротичні порушення роботи внутрішніх органів [29].

У процесі діагностики психосоматичних станів особливу роль відіграють бесіда з пацієнтом, збір життєвого анамнезу та психологічне тестування. Оскільки люди чутливо реагують на зміни у своєму оточенні, біографічний аналіз має важливе значення для розуміння структури особистісних розладів [20]. Сучасні дослідники продовжують вивчення типових профілів особистості, притаманних певним видам психосоматичних захворювань. Такі профілі формуються або на основі клінічних спостережень, або за допомогою психологічних методик – зокрема особистісних опитувальників [29].

Розуміння механізмів, через які психічний та емоційний стрес відображається у фізичному стані, має ключове значення для профілактики його негативного впливу на здоров'я. Найчастіше фізичними ознаками стресу є [27]: відчуття втоми; безсоння; біль у м'язах, спині чи суглобах; підвищений артеріальний тиск; задишка; порушення травлення; головний біль і мігрень; еректильна дисфункція; висипання на шкірі; виразкова хвороба шлунка; запаморочення або тремор.

Фізичні симптоми нерідко мають глибинне психологічне походження – вони можуть бути проявом несвідомих емоційних чи внутрішньопсихологічних конфліктів.

У науковій літературі розрізняють два типи болю – психогенний і психосоматичний [29]. Психогенний біль зумовлений безпосередньо психологічними або емоційними чинниками, такими як тривалий стрес чи депресія. Натомість психосоматичний біль має органічне підґрунтя, однак його інтенсивність або розвиток значною мірою залежать від емоційного стану людини – наприклад, тривога або пригнічений настрій можуть посилювати фізичні прояви.

Порушення психосоматичної регуляції становлять основу розвитку психосоматичних хвороб. Загалом цей механізм виглядає так: психоемоційний стрес викликає афективну напругу, активізує нейроендокринну та вегетативну

нервову системи, що спричиняє зміни у судинній і внутрішньоорганній діяльності. Спочатку такі зміни мають функціональний характер, однак у разі тривалого або повторюваного впливу вони переходять у стійкі органічні порушення, які можуть бути незворотними.

Серед індивідуально-психологічних рис, що підвищують ризик соматичних розладів під впливом стресу, особливе місце займає темперамент. Люди з підвищеною чутливістю до подразників, надмірною емоційністю, труднощами адаптації до нових умов і переважанням негативних переживань зазвичай більш уразливі до стресових ситуацій [27, с. 4]. Дослідження показують, що серед осіб, у яких хвороба розвивається після стресу, переважають ті, кому властиві песимізм, почуття безсилля, відчуженість і пасивність. Навпаки, активна життєва позиція, прагнення шукати вихід зі складної ситуації, почуття власної гідності та впевненість у власних силах знижують негативний вплив стресу й сприяють одужанню.

Хронічні негативні емоції мають руйнівний вплив на фізичний стан. Придушений гнів і невисловлена агресія, що сприймаються симпатичною нервовою системою, можуть спричиняти гіпертонію, артрит, мігрень, гіпертиреоз або навіть діабет. Нереалізовані потреби у визнанні, любові чи залежності, які опрацьовуються через парасимпатичну систему, нерідко призводять до виразкової хвороби, коліту чи бронхіальної астми [27, с. 30].

За результатами досліджень О. О. Яцківа, негативні емоції безпосередньо впливають на розвиток конкретних соматичних патологій [30, с. 203-206]:

1. Ішемічна хвороба серця часто формується в осіб із низькою впевненістю у власних силах, невмінням відстоювати позицію чи змінювати ситуацію, або навпаки – у тих, хто має завищені вимоги до себе й бере на себе надмірну відповідальність. Постійна напруга, хвилювання та викид адреналіну викликають спазми судин, що призводить до ішемії. Тому ефективне лікування ІХС передбачає не лише кардіологічну, а й психотерапевтичну допомогу.

2. Головні болі часто є наслідком прихованих страхів і невпевненості, які посилюються соціальними проблемами чи нестабільністю. Постійна тривога та

внутрішня напруга виснажують нервову систему й погіршують фізичне самопочуття.

3. Захворювання нирок і сечовидільної системи характерні для людей, які не здатні відпускати образи або відкрито висловлювати своє невдоволення.

Емпіричні дані свідчать, що психоемоційні чинники не лише впливають на суб'єктивне самопочуття, а й пов'язані з формуванням і підтриманням соматичного дистресу та соматичних симптомів. У сучасних моделях акцент робиться на багатофакторній взаємодії: стрес-реакції (вісь НРА, автономна НС), когнітивно-поведінкові патерни (гіперувага до тілесних сигналів, катастрофізація, уникання/перевірки), емоційна дисрегуляція та соціальні медіатори (сон, фізична активність, вживання ПАР, доступ до допомоги) [36; 27; 29]. Саме ці механізми пояснюють, чому інтенсивність симптомів може не збігатися з тяжкістю органічного ураження.

У межах функціональних соматичних синдромів / *bodily distress* описано спільні механізми для різних клінічних кластерів (напр., синдром подразненого кишечника, фіброміалгія, хронічний головний біль, деякі дерматологічні та кардіореспіраторні стани), де провідну роль відіграють центральна сенситизація, стрес-реактивність і надмірні когнітивно-поведінкові відповіді на симптоми [36]. Водночас ці стани не редукуються до «психогенних» і мають мультичинникову природу.

Для наукового опису доцільно уникати символічних відповідностей між окремими емоціями й «органними» захворюваннями (на кшталт «горлові хвороби = невисловлений гнів» тощо), оскільки такі твердження не мають належної доказової бази і можуть вводити в оману щодо причинно-наслідкових зв'язків. Натомість рекомендовано спиратися на класифікаційні критерії DSM-5-TR / МКБ-11 і використовувати валідовані інструменти для кількісної оцінки симптомів і пов'язаних психологічних факторів [36; 27; 29].

У цій роботі соматичний дистрес доцільно вимірювати за SSS-8 як узагальнений показник тягаря соматичних симптомів [33], труднощі емоційної регуляції – за DERS (для виявлення дисфункцій у прийнятті/усвідомленні

емоцій, імпульс-контролі та цілеспрямованій поведінці), а тривожність – за GAD-7, що дозволяє оцінити її внесок у підтримання соматичних скарг [26; 1]. Такий підхід забезпечує операційність визначень і відтворюваність подальшого аналізу.

Таким чином, взаємозв'язок емоційних процесів і соматичних симптомів доцільно описувати через механізми (стрес-реактивність, емоційна дисрегуляція, когнітивно-поведінкові патерни, соціальні медіатори), а не через метафоричні «органні» відповідності. Це узгоджується з сучасними оглядами та клінічними настановами і прямо підводить до подальших статистичних процедур у розд. 3 (рівні за SSS-8, DERS, GAD-7 та їхні кореляції) [36; 33; 26; 1].

1.3 Емоційна саморегуляція і техніки подолання негативних емоцій

Саморегуляція (від лат. *regularare* – «упорядковувати», «налагоджувати») – це процес контролю власного психоемоційного стану, який досягається завдяки цілеспрямованому впливу людини на себе за допомогою слова, уявних образів, регуляції м'язового тону та свідомого дихання. По суті, саморегуляція є здатністю особистості впливати на свій фізіологічний і психічний стан, а її ефективність значною мірою залежить від внутрішнього бажання та готовності людини керувати власними емоціями, думками, відчуттями і поведінкою [21, с. 20].

Основні ефекти саморегуляції:

- заспокійливий ефект: усунення емоційної напруги, зниження рівня тривожності;
- відновлювальний ефект: зменшення проявів втоми, підвищення життєвого тону;
- активаційний ефект: стимулювання психофізіологічних ресурсів і реактивності організму.

Методи саморегуляції:

- використання сміху, усмішки, гумору;

- позитивне мислення, спрямоване на приємні спогади чи образи;
- фізична активність: легкі рухи, розтягування, розслаблення м'язів;
- споглядання приємних об'єктів: кімнатних рослин, пейзажів, фотографій;
- уявне звернення до вищих сил (Бога, Всесвіту, ідеї, яка надихає);
- уявне або реальне «купання» у сонячному світлі;
- дихання свіжим повітрям, читання поезії;
- похвала або комплімент іншим людям як спосіб підвищити власний настрій.

Техніка «Чотири стихії». Цей комплекс прийомів спрямований на гармонізацію внутрішнього стану, подолання негативних емоцій, відновлення контролю над тілом і зменшення наслідків стресу. Вона допомагає повернути відчуття енергетичного балансу та здатність діяти активно й усвідомлено [21, с. 21]. До техніки входять чотири елементи: стихія “повітря”, стихія “вода”, стихія “земля”, стихія “вогонь”

Стихія «Повітря». Під час стресових ситуацій дихання стає частішим, вдихи глибші за видихи – це може призводити до гіпервентиляції і, як наслідок, до стану паніки. Мета техніки «Повітря» – нормалізувати ритм дихання та повернути контроль над тілом [21, с. 22]. Першим кроком є глибокий, тривалий видих. Саме повільне й усвідомлене видихання активує парасимпатичну нервову систему, яка відповідає за заспокоєння організму й відновлення енергетичного балансу. Уявний рахунок під час дихання (наприклад, «вдих на чотири – видих на шість») допомагає досягти оптимального темпу. Контроль дихання впливає не лише на фізичний, а й на емоційний стан. Глибоке діафрагмальне дихання знижує збудливість нервових центрів і сприяє розслабленню м'язів, тоді як часте поверхнєве дихання підтримує стан напруги й підвищеної активності.

Спосіб 1. У зручному положенні – сидячи або стоячи – слід максимально розслабити всі м'язи та зосередити увагу на диханні. На рахунок 1-2-3-4 зробіть повільний глибокий вдих, при цьому живіт має трохи випинатися вперед, а

грудна клітка залишатися нерухомою. Після цього затримайте дихання, рахуючи до чотирьох, а потім плавно видихайте, рахуючи 1-2-3-4-5-6. Перш ніж зробити наступний вдих, зробіть коротку паузу на чотири рахунки. Вже через кілька хвилин такого ритмічного дихання можна відчувати помітне зниження напруги та спокій.

Спосіб 2. Уявіть, що перед вашим обличчям, приблизно на відстані 10-15 сантиметрів, плаває легенька пушинка. Дихайте лише через ніс, настільки рівномірно та спокійно, щоб ця пушинка не рухалася. Ця вправа допомагає стабілізувати дихання й водночас заспокоїти розум.

Спосіб 3. У моменти гніву або сильного роздратування люди часто забувають нормально видихати. Щоб швидко заспокоїтися, потрібно глибоко видихнути, затримати дихання на кілька секунд, потім зробити кілька глибоких вдихів і знову затримати подих. Такий цикл допомагає знизити напруження й відновити контроль над емоціями.

Стихія «Вода». Під час стресу слизова оболонка ротової порожнини пересихає, що є сигналом мозку про потребу в рідині. Якщо людина не реагує на цю фізіологічну ознаку, нервова система продовжує отримувати сигнали про нестачу води, що підсилює стресовий стан. Таким чином, стрес і зневоднення взаємно посилюють одне одного, утворюючи замкнене коло [21, с. 23].

Щоб розірвати цей цикл, необхідно пити достатню кількість води. Повільне пиття маленькими ковтками стабілізує серцевий ритм, знижує напруження і сприяє відновленню внутрішнього балансу. Це також допомагає переключити увагу з негативних думок на відчуття в моменті – процес пиття стає своєрідною міні-медитацією.

Окрім фізіологічного ефекту, пиття води має й психологічний компонент: спостерігаючи, як інші п'ють воду, ми підсвідомо відчуваємо подібне бажання. Це пояснюється дією дзеркальних нейронів (mirror neurons), які активуються як під час виконання дії, так і при спостереженні за нею [22]. Саме тому пити воду в присутності інших може не лише заохотити себе, а й допомогти іншим підтримувати водний баланс.

У ситуаціях, коли вода тимчасово недоступна, можна змочити губи або зробити імітаційні жувальні та ковтальні рухи. Це допомагає запобігти сухості рота, активує слиновиділення та має легкий заспокійливий ефект. Такі прості дії знижують нервову напругу і дають змогу організму повернутися у стан рівноваги.

Стихія «Земля». Під час стресових ситуацій люди часто втрачають контакт із власним тілом – притуплюється відчуття фізичної присутності, зникає усвідомлення своїх потреб. Виникає відчуття хиткості, нестійкості, ніби «земля йде з-під ніг». Під впливом емоційних потрясінь тіло напружується, стискається, а м'язи залишаються в стані готовності до «боротьби або втечі». Тому головна мета технік стихії “Земля” — відновлення фізичного відчуття себе, зняття м'язової напруги й повернення контролю над тілом [21, с. 23].

Надлишок гормонів стресу активує вегетативну нервову систему, що спричиняє м'язову напругу, біль у спині, шиї, голові. Розслаблення м'язів є природним механізмом зниження тривожності — коли тіло розслаблюється, нервова система поступово заспокоюється.

Спосіб 1. Вправа “Обійми метелика”.

Ця техніка – адаптована форма обіймів, спрямована на відновлення внутрішньої рівноваги та почуття безпеки. Необхідно схрестити руки на грудях так, щоб права долоня лежала на лівому плечі, а ліва – на правому. Потім почергово, у спокійному темпі, поплескуйте себе по плечах – спочатку лівою рукою по правому плечу, потім правою по лівому. Ритмічні дотики допомагають зосередитися на теперішньому моменті, стабілізують дихання й емоційний стан, викликають відчуття турботи та самоприйняття.

Спосіб 2. Локальне зняття напруги.

Оскільки повністю розслабити тіло одразу складно, потрібно починати з найнапруженіших ділянок: обличчя, щелепи, шиї, плечей, живота.

Послідовність виконання:

- сядьте зручно, закрийте очі;
- дихайте повільно, глибоко;

- уявно «проскануйте» тіло від голови до ніг, визначте зони напруги;
- на вдиху напружте ці ділянки ще сильніше (до легкого тремтіння);
- утримуйте напруження кілька секунд, усвідомлюючи його;
- на видиху різко розслабтеся.

Повторіть кілька разів, доки не з'явиться відчуття тепла й важкості в м'язах. Якщо розслабитися не вдається, зробіть легкий самомасаж обличчя круговими рухами пальців або виконайте мімічні вправи – здивування, усмішка, підйом брів, щоб розслабити м'язи.

Спосіб 3. Прогресивне м'язове розслаблення.

Цей метод базується на чергуванні фаз «напруга-відчуття-розслаблення».

Під час вдиху відбувається напруження м'язів, а на видиху – їх повне розслаблення. Працювати можна з такими групами м'язів: обличчя (лоб, щелепа, губи, повіки); шия, плечі, потилиця; грудна клітка; живіт і стегна; руки; гомілки.

Важливо запам'ятати відчуття м'язової розслабленості, щоб згодом викликати цей стан свідомо. Регулярна фізична активність допомагає краще контролювати м'язовий тонус і підвищує ефективність вправ на розслаблення.

Спосіб 4. Ритмічні рухи.

Щоб стабілізувати енергетику тіла, рекомендується виконувати монотонні ритмічні дії, які вирівнюють дихання та серцевий ритм:

- робіть повільні кругові рухи великими пальцями, тримаючи руки в «напівзамку»;
- перебирайте намистини або дрібні предмети;
- пройдіться по кімнаті, поєднуючи рух із диханням – вдих на два кроки, видих на п'ять.

Такі вправи допомагають відновити контакт із тілом, стабілізувати психоемоційний стан і повернути відчуття опори – як фізичної, так і внутрішньої.

Стихія «Вогонь». Інтенсивний психотравмувальний стрес впливає на різні ділянки головного мозку, зокрема на мигдалеподібне тіло, яке відповідає за

емоційні реакції, зокрема страх, тривогу та оцінку небезпеки. Під дією тривалого стресу ця структура зменшується в об'ємі, а частина нейронів втрачає свою функціональність. Одночасно надлишок кортизолу – гормону стресу – пригнічує активність лобових часток мозку, які відповідають за короткочасну пам'ять, увагу, планування, контроль емоцій і прийняття рішень [22].

У стані сильного напруження увага людини стає розсіяною або «тунельною», тому ухвалення важливих рішень у цей період утруднене. Саме тому в практиці саморегуляції доцільно використовувати техніки, що допомагають стабілізувати психічний стан і повернути контроль над мисленням.

Образи мають потужний вплив на центральну нервову систему. Відтворюючи у пам'яті позитивні події, відчуття чи звуки, людина активізує приховані ресурси психіки, сприяючи відновленню внутрішнього балансу. Якщо слова впливають переважно на свідомість, то уявлення та емоційні образи діють глибше — на підсвідомі рівні, допомагаючи нейтралізувати наслідки стресу.

Спосіб 1. Відновлення уваги.

Переведіть погляд угору, вниз, вліво і вправо, поступово оглядаючи навколишній простір. Звертайте увагу на великі предмети, що потрапляють у поле зору, і коротко описуйте їх (у думках або вголос): «Стілець дерев'яний, лампа металева, шафа біла, підлога паркетна». Таке усвідомлене спостереження «розширює» увагу, зменшує ефект тунельного зору, активізує мислення та допомагає знизити рівень тривожності, повертаючи відчуття контролю над ситуацією.

Спосіб 2. Використання ресурсних образів

Згадайте ситуацію, коли ви почувалися спокійно, впевнено та безпечно. Це ваша ресурсна подія. Для повного занурення використовуйте три рівні відчуттів:

1. Зорові образи — що ви бачили (небо, квіти, воду, людей).

2. Звукові відчуття — що чули (шум дощу, спів птахів, музику).

3. Тілесні відчуття — що відчували (тепло, свіжість, запахи, смак).

Послідовність виконання:

- сядьте зручно, за можливості закрийте очі;
- дихайте рівно і спокійно;
- відтворіть уявний образ приємної ситуації;
- сконцентруйтеся на тому, що бачите, чуєте й відчуваєте;
- побудьте в цьому стані кілька хвилин, відчуйте розслаблення;
- відкрийте очі й поверніться до повсякденної діяльності.

Ця вправа допомагає відновити внутрішній спокій і підвищити стійкість до емоційних подразників.

Методика «чотирьох стихій» (повітря, вода, земля, вогонь) спрямована на нормалізацію психоемоційного стану, зменшення стресових проявів і профілактику психосоматичних розладів. Вона допомагає гармонізувати роботу нервової системи та зміцнити адаптивні можливості особистості.

Додаткові вправи для розвитку саморегуляції:

Вправа 1. Афірмації (самопідтримувальні твердження)

Короткі позитивні висловлювання допомагають замінити негативні думки на конструктивні. Наприклад:

«Я почуваюся спокійно та впевнено.»

«Я можу розслабитися, а потім швидко зібратися.»

«Я контролюю свої емоції та думки.»

«Я здатен подолати будь-який стрес.»

«Життя надто цінне, щоб витратити його на хвилювання.»

«Я вірю, що все буде добре.»

Повторюйте обрані твердження кілька разів на день – уголос або про себе. Це формує позитивний настрій і зміцнює емоційну стабільність.

Вправа 2. Усвідомлення проблеми та дій

Коли ви відчуваєте тривогу через невирішену ситуацію: запишіть усі свої думки про неї. Виділіть 2–3 найбільш ефективні кроки, які реально виконати.

Прийміть ситуацію як тимчасову і таку, яку можна змінити. Почніть із найнагальнішого завдання. За потреби зверніться по пораду до компетентної особи.

Вправа 3. Подолання розгубленості

Коли важко зосередитися, гляньте на годинник і відведіть 10 хвилин лише на одну справу. Не дозволяйте собі відволікатися, сконцентруйтеся на виконанні завдання. Через кілька хвилин розум заспокоїться, а з практикою ви навчитесь відновлювати концентрацію за 2-3 хвилини.

Вправа 4. Словесна релаксація

Повторення заспокійливих слів або коротких фраз може зменшити інтенсивність тривожних думок. Оберіть слова, що викликають у вас спокій – «мир», «рівновага», «спокій», «гармонія» – і повторюйте їх повільно, вдихаючи й видихаючи. Це допомагає переключити увагу з негативного мислення на внутрішній стан рівноваги. Жодна техніка не є універсальною для всіх. Дехто досягає заспокоєння через дихальні практики, інші – через фізичну активність або уявні образи. Головне – знайти той спосіб, який найкраще відповідає вашим особливостям. Регулярне використання методів психологічної саморегуляції суттєво скорочує тривалість негативного стану й зменшує вплив стресу на організм, сприяючи збереженню як психічного, так і соматичного здоров'я.

Висновки до розділу 1

Проведений теоретичний аналіз проблеми психосоматичних симптомів та емоційної саморегуляції засвідчив, що психосоматичні явища є складним міждисциплінарним феноменом, у якому тісно взаємодіють психічні, фізіологічні та соціальні чинники. Психосоматичні симптоми розглядаються сучасною психологією як тілесні прояви емоційного напруження, що виникають у результаті внутрішнього конфлікту, пригнічення афектів або хронічного стресу.

Встановлено, що ключову роль у виникненні й перебігу психосоматичних розладів відіграє емоційна сфера особистості. Порушення процесів емоційної

регуляції – труднощі з прийняттям власних емоцій, дефіцит стратегій їх конструктивного вираження, низький рівень усвідомлення емоцій — сприяють соматизації дистресу та підвищенню тривожності. У свою чергу, надмірна тривожність і хронічне емоційне напруження можуть провокувати активацію стресових механізмів організму, що зумовлює розвиток психосоматичних симптомів.

У наукових концепціях (Ф. Александер, Г. Дюнбар, Ф. Данбар, К. Гратц, Л. Роемер, С. Лазарус, Г. Сельє, Р. Саймон, Л. Сак, З. Федотова та ін.) підкреслюється, що ефективна емоційна саморегуляція забезпечує гармонійне функціонування особистості, сприяє адаптації до стресу та запобігає соматизації негативних переживань. Емоційна регуляція розглядається як багаторівнева система, що включає когнітивні, поведінкові та фізіологічні механізми опанування емоцій. Теоретичний аналіз також показав, що для жінок середнього дорослого віку (25–40 років) характерна підвищена емоційна чутливість і водночас значне соціально-рольове навантаження. Поєднання професійних, сімейних і материнських обов'язків нерідко призводить до перевтоми, емоційного виснаження, порушень сну, тривожності та психосоматичних проявів. Саме в цьому віковому періоді формуються стійкі стилі емоційного реагування, що визначають психологічне та фізичне здоров'я жінки.

Отже, результати теоретичного аналізу дозволяють зробити висновок, що психосоматичні симптоми є відображенням порушень у системі емоційної саморегуляції, а тривожність виступає одним із посередників цього зв'язку. Вивчення взаємозв'язку між емоційною саморегуляцією, тривожністю та психосоматичними проявами у жінок 25–40 років є важливим напрямом сучасних психологічних досліджень і становить основу для подальшого емпіричного аналізу.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СИМПТОМІВ ТА ЕМОЦІЙНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ

2.1 Організація дослідження та характеристика вибірки

Емпіричне дослідження психологічних особливостей психосоматичних симптомів і їхнього взаємозв'язку з емоційною саморегуляцією проводилося упродовж 2025 р. і мало на меті виявити закономірності між рівнем соматизації, тривожністю та труднощами емоційної регуляції у жінок середнього дорослого віку (25-40 років).

Вибір саме цього вікового періоду зумовлений тим, що в цей час активізуються професійна діяльність, сімейні обов'язки, соціальні та економічні навантаження, що підвищує ризик виникнення емоційного дистресу, соматичних скарг і порушень емоційної саморегуляції. Жінки цієї вікової категорії часто демонструють поєднання високого рівня соціальної відповідальності та дефіциту ресурсів відновлення, що робить їх оптимальною групою для вивчення феномену психосоматичних проявів.

Метою дослідження було встановлення характеру взаємозв'язку між рівнем психосоматичних симптомів, тривожністю та труднощами емоційної саморегуляції у жінок середнього дорослого віку.

Для досягнення мети були поставлені такі завдання:

- оцінити рівень вираженості соматичних симптомів за шкалою SSS-8;
- визначити рівень труднощів емоційної регуляції за шкалою DERS;
- виміряти інтенсивність генералізованої тривожності за шкалою GAD-7;
- здійснити порівняльний аналіз показників між жінками з дітьми та без дітей;
- проаналізувати кореляційні зв'язки між показниками соматизації, тривожності та труднощів емоційної регуляції.

Дослідження мало кореляційний (неекспериментальний) дизайн і включало три послідовні етапи: 1) *підготовчий етап* – добір валідних

психодіагностичних методик, перевірка наявності україномовних адаптацій, створення соціально-демографічної анкети, пілотне тестування інструкцій, отримання інформованої згоди; 2) *основний етап* – проведення індивідуального тестування з використанням трьох стандартизованих методик: SSS-8 (оцінка соматичних симптомів); DERS (вимірювання труднощів емоційної регуляції); GAD-7 (визначення рівня тривожності); 3) *аналітичний етап* — обробка результатів, обчислення середніх значень, перевірка розподілу даних, міжгрупові порівняння (t-тест Стюдента) і кореляційний аналіз за коефіцієнтом r Пірсона.

У дослідженні взяли участь 59 жінок віком 25-40 років, які надали письмову інформовану згоду на участь. Добір мав добровільний і цілеспрямований характер. Критерії включення: жінки без тяжких соматичних чи психічних розладів, які не проходять психофармакологічне лікування. Критерії виключення: наявність психіатричного діагнозу, хронічних неврологічних або ендокринних захворювань, що можуть спотворювати соматичні показники.

Для аналізу впливу соціально-рольових чинників вибірку поділено на дві підгрупи: група 1 – жінки без дітей ($n_1 = 29$); група 2 – жінки, які мають одну або більше дітей ($n_2 = 30$). Поділ за критерієм материнства зумовлений припущенням, що наявність дітей супроводжується підвищенням рівня життєвого стресу, зміною режиму відпочинку, збільшенням емоційного навантаження й відповідальності, що може впливати на психосоматичний стан і емоційну саморегуляцію.

Для визначення адекватності обсягу вибірки використано аналіз статистичної потужності (*power analysis*) із порогом $\alpha = 0,05$ і очікуваним середнім ефектом $r \approx 0,35$ (за критерієм Коена). Розрахунок показав, що мінімальна кількість учасників для виявлення кореляції такого рівня має становити 54-56 осіб, що підтверджує репрезентативність отриманої вибірки ($n = 59$). Отже, потужність дослідження становила приблизно 0,80, що відповідає вимогам до психологічних досліджень середнього рівня ефекту.

Опитування проводилося через платформу Google Forms. Інструкції були стандартизованими. Час заповнення опитувальників становив у середньому 25-30 хв. Респондентки мали право відмовитися від участі на будь-якому етапі без негативних наслідків. Дані кодувалися у знеособленому вигляді.

Дослідження проводилося згідно з Етичним кодексом психолога України [12] та вимогами Закону України «Про захист персональних даних» [14]. Дотримано принципів поваги до гідності, добровільності, конфіденційності, уникнення шкоди та інформованої згоди. Усі дані зберігалися в узагальненому вигляді та використовувалися виключно для наукових цілей.

Організація дослідження забезпечила валідність і надійність отриманих результатів. Вибірка є статистично достатньою, однорідною за віком і репрезентативною для жінок середнього дорослого віку, а структура етапів дослідження дозволила послідовно перевірити гіпотезу про взаємозв'язок психосоматичних симптомів і емоційної саморегуляції.

2.2 Методики дослідження

Для досягнення мети та реалізації завдань дослідження було використано три стандартизовані психодіагностичні методики, адаптовані до українських культурно-мовних умов. Вибір інструментарію зумовлений необхідністю комплексного вимірювання трьох взаємопов'язаних конструктів – психосоматичних симптомів, емоційної саморегуляції та рівня тривожності, які розглядаються як взаємодіючі складові психофізіологічного функціонування особистості.

Шкала соматичних симптомів (SSS-8)

Somatic Symptom Scale – 8 (SSS-8) – це короткий стандартизований опитувальник, створений Б. Гірком і співавторами у 2014 році як універсальний інструмент для оцінювання інтенсивності соматичних скарг і виявлення рівня соматизації у клінічних і неклінічних вибірках [33]. Методика базується на сучасних уявленнях про психосоматичний дистрес як суб'єктивне сприйняття

тілесних симптомів, інтенсивність яких може бути зумовлена психологічними факторами (стрес, тривожність, емоційна дисрегуляція).

Метою методики є кількісне визначення частоти й сили соматичних симптомів, що часто мають психогенне або змішане походження.

Шкала складається з 8 тверджень, які відображають типові тілесні скарги, що найчастіше спостерігаються при соматизації дистресу за останній тиждень: біль у животі, спині чи голові; біль у суглобах або кінцівках; відчуття втоми чи нестачі енергії; порушення сну; запаморочення; біль у грудях або серцебиття; нудота, проблеми з травленням.

Респондент оцінює, наскільки сильно його турбував кожен із симптомів, за 5-бальною шкалою від 0 («зовсім не турбувало») до 4 («дуже сильно турбувало»). Сумарний показник обчислюється як сума всіх пунктів (діапазон 0-32). Чим вищий сумарний бал, тим більш виражені соматичні симптоми та більша схильність до соматизації емоційного напруження. Інтерпретація рівнів соматизації подана в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 – Рівні вираженості соматичних симптомів за шкалою SSS-8

Сумарний бал	Рівень вираженості соматичних симптомів
0-3	Мінімальні соматичні симптоми
4-7	Легкі
8-11	Помірні
12-15	Виражені
≥ 16	Тяжкі соматичні прояви

Українську адаптацію SSS-8 здійснили А. Бурдейний та С. Сташенко [4], які підтвердили її високу надійність і валідність у вітчизняній вибірці пацієнтів із хронічним болем. Внутрішня узгодженість шкали становить Cronbach's $\alpha = 0,86$, а тест-ретест-надійність – $r = 0,82$, що свідчить про стабільність результатів у часі.

Шкала є зручною, короткою (до 5 хвилин заповнення) та підходить для використання в різних контекстах – клінічних, експериментально-психологічних і скринінгових дослідженнях.

SSS-8 дозволяє:

- оперативно оцінювати рівень соматизації у популяційних вибірках;
- використовувати показники як кількісний індикатор соматичного дистресу;
- виявляти групи підвищеного ризику розвитку психосоматичних розладів;
- порівнювати дані різних культурно-мовних груп завдяки уніфікованій структурі шкали.

Методика характеризується високою економічністю, простотою інтерпретації та чутливістю до змін психоемоційного стану. Вона добре корелює з іншими показниками психічного здоров'я (депресія, тривожність, емоційна дисрегуляція) і тому рекомендована для включення в комплексні дослідження психосоматичних зв'язків.

Шкала труднощів емоційної регуляції (DERS)

Шкала труднощів емоційної регуляції (Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS) була розроблена К. Гратц та Л. Роемером у 2004 році як інструмент самозвіту для оцінки труднощів у керуванні емоційними станами серед підлітків і дорослих [34]. DERS створена на основі сучасних уявлень про емоційну регуляцію як багатовимірний процес, що включає як когнітивні, так і поведінкові стратегії управління емоціями.

Основна теоретична концепція шкали підкреслює важливість емоцій у психологічному функціонуванні людини та спрямована на визначення адаптивних і неадаптивних способів їх контролю під час або після стресових ситуацій. Адекватна емоційна регуляція передбачає:

- усвідомлення, розуміння та прийняття власних емоцій;
- здатність контролювати поведінку під впливом негативних переживань;

- використання ефективних стратегій для зниження інтенсивності чи тривалості емоційних реакцій без їхнього повного придушення;

- прийняття негативних емоцій як природного й необхідного елемента життєвого досвіду.

Опитувальник складається із 36 тверджень, які оцінюються за 5-бальною шкалою від «ніколи» до «завжди». У структурі DERS виокремлюють шість субшкал, кожна з яких відображає певний аспект емоційної дисрегуляції:

- неприйняття емоційних реакцій (Nonacceptance): схильність до заперечення або уникання негативних емоцій;

- труднощі з поведінковим контролем (Goals): проблеми з цілеспрямованими діями у стані емоційного напруження;

- імпульсивність (Impulse): труднощі з контролем імпульсних дій під впливом емоцій;

- брак усвідомлення емоцій (Awareness): низька здатність розпізнавати власні емоційні стани;

- дефіцит стратегій регуляції (Strategies): обмежений репертуар способів подолання негативних емоцій;

- відсутність емоційної ясності (Clarity): нечіткість у розумінні природи власних почуттів.

Підрахунок результатів здійснюється окремо для кожної субшкали та за загальною сумою балів. Вищі показники вказують на більшу вираженість труднощів емоційної регуляції.

Психометричні показники: внутрішня узгодженість української адаптованої версії– Cronbach's $\alpha = 0,88-0,93$.

Україномовну адаптацію DERS здійснили Л. В. Сак і З. В. Федотова [26], які провели переклад, культурну адаптацію та перевірку психометричних характеристик інструменту на клінічній та не клінічній вибірках. Шкала є надійним і валідним інструментом для використання у психологічних дослідженнях дорослого населення України.

Шкала генералізованої тривожності (GAD-7)

Шкала GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale-7) створена Р. Шпітцером, К. Крьонке та співавторами у 2006 році як короткий інструмент для скринінгу симптомів тривожності в загальній популяції та клінічних групах. Вона призначена для кількісного вимірювання інтенсивності генералізованої тривоги та моніторингу її динаміки у процесі терапії або психологічного супроводу.

Українська адаптація шкали проведена О. Алексіною, І. Герасименко, А. Лавриненко та І. Савченко у 2024 році в межах дослідження психічного здоров'я населення під час воєнного стану. Адаптована версія продемонструвала високі показники надійності (Cronbach's $\alpha = 0,89$) і концептуальної валідності, що підтверджує придатність шкали для використання у вітчизняних вибірках [1].

Опитувальник складається із 7 пунктів, які відображають типові симптоми тривожності за останні два тижні: надмірне занепокоєння; напруженість; дратівливість; проблеми зі сном; відчуття небезпеки чи загрози; труднощі концентрації; відчуття, що «щось може піти не так».

Респондент оцінює частоту кожного симптому за 4-бальною шкалою:

0 – «зовсім ні»;

1 – «кілька днів»;

2 – «понад половину днів»;

3 – «майже щодня».

Сумарний показник розраховується шляхом додавання всіх балів і може коливатися від 0 до 21. Вищі значення свідчать про вищий рівень генералізованої тривожності.

Таблиця 2.2 – Інтерпретація рівнів тривожності за шкалою GAD-7

Сумарний бал	Рівень тривожності
0-4	Мінімальний
5-9	Легкий
10-14	Помірний
15-21	Високий

Шкала GAD-7 є одним із найбільш валідних і поширених інструментів для діагностики тривожних розладів, зокрема генералізованого тривожного розладу (GAD). Її простота, короткість (2–3 хвилини заповнення) та наявність україномовної адаптації забезпечують доцільність застосування як у клінічних, так і в популяційних дослідженнях психічного здоров'я.

Вибір SSS-8, DERS і GAD-7 зумовлений тим, що саме ці інструменти рекомендовані у сучасних психологічних дослідженнях психосоматичних проявів, дозволяють вимірювати взаємопов'язані конструкти (соматизацію, емоційну регуляцію та тривожність) і забезпечують комплексність оцінювання психофізіологічного стану. Застосування стандартизованих україномовних адаптацій гарантує адекватність інтерпретації результатів і можливість порівняння їх з іншими дослідженнями. Повні інструкції, формулювання пунктів, шкали відповідей та правила обчислення результатів подані у Додатках А–В..

2.3 Процедура дослідження та етичні аспекти

Дослідження здійснювалося у три послідовні етапи: підготовчому, основному та аналітичному. На підготовчому етапі було перевірено наявність і коректність україномовних адаптацій методик (SSS-8, DERS, GAD-7), підготовлено стандартизовані інструкції та форму інформованої згоди.

Основний етап передбачав проведення індивідуального опитування, у межах якого кожна учасниця заповнювала три шкали: SSS-8 (оцінка

соматичних симптомів), DERS (труднощі емоційної регуляції) та GAD-7 (інтенсивність генералізованої тривожності). Опитування проводилося онлайн (Google Forms), що забезпечило зручність участі та дотримання конфіденційності. Середній час заповнення становив 25–30 хвилин.

Аналітичний етап включав описову статистику, перевірку нормальності розподілу даних та вибір відповідних статистичних методів. Нормальність розподілу перевірялася за допомогою тесту Шапіро–Уїлка, гістограм і показників асиметрії та ексцесу. Для порівняння двох незалежних груп (жінки з дітьми та без дітей) застосовано t-критерій Стюдента, що є оптимальним методом для оцінки різниці середніх значень у незалежних вибірках. Для виявлення взаємозв'язків між показниками соматизації, тривожності та емоційної регуляції використовувалися коефіцієнти кореляції Пірсона або Спірмена залежно від результатів перевірки нормальності та рівня вимірювання змінних.

Обробка даних проводилася у програмі JASP, що забезпечує виконання параметричних і непараметричних тестів, обчислення ефекту величини та побудову графічних візуалізацій, які підвищують точність інтерпретації результатів.

Усі процедури відповідали вимогам Етичного кодексу психолога України [12] та Закону України «Про захист персональних даних» [14]. Учасниці отримували інформаційний лист, де зазначалися мета дослідження, добровільний характер участі та право на відмову. Анонімність забезпечувалася використанням кодів замість імен, а результати зберігалися у знеособленому вигляді та використовувалися лише для наукових цілей.

Висновки до розділу 2

У другому розділі було представлено організацію та методику емпіричного дослідження психосоматичних симптомів і емоційної саморегуляції у жінок середнього дорослого віку. На основі аналізу наукових джерел і поставлених завдань було визначено, що емпіричне вивчення

взаємозв'язку між емоційною регуляцією, тривожністю та соматизацією потребує комплексного підходу, який поєднує кількісні та якісні методи психологічної діагностики. Дослідження проводилося на вибірці з 59 жінок віком від 25 до 40 років, які були поділені на дві підгрупи за критерієм наявності дітей: жінки з дітьми ($n = 30$) та жінки без дітей ($n = 29$). Такий розподіл дозволив виявити можливий вплив соціально-рольового чинника (материнства) на рівень емоційної саморегуляції, тривожності та соматичних проявів.

Для досягнення мети роботи було використано валідні стандартизовані психодіагностичні методики: шкала соматичних симптомів (SSS-8) для оцінювання інтенсивності тілесних скарг та рівня соматизації; шкала труднощів емоційної регуляції (DERS) для визначення рівня сформованості навичок емоційного контролю, усвідомлення, прийняття й використання стратегій емоційного опанування; шкала генералізованої тривожності (GAD-7) для виявлення рівня тривожності та частоти її проявів у повсякденному житті.

Для статистичної обробки результатів були використані такі методи: обчислення описових статистик (M , SD), порівняльний аналіз за допомогою t -критерію Стюдента для незалежних вибірок та кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена (r_s). Такий підхід забезпечив достовірність, надійність і репрезентативність отриманих даних.

У межах цього розділу було обґрунтовано вибір методик і визначено їх психометричну надійність. Особливу увагу приділено тому, що кожен із використаних інструментів охоплює окремий аспект досліджуваного феномена: соматизацію дистресу, рівень тривожності та ефективність емоційної регуляції.

Отже, у другому розділі було сформовано методологічну основу дослідження, яка дозволила здійснити цілісний аналіз взаємозв'язків між емоційною саморегуляцією, тривожністю та психосоматичними симптомами у жінок 25–40 років. Запропонований комплекс методів забезпечує можливість виявлення не лише рівневих характеристик, але й структурних зв'язків між

психологічними змінними, що стало основою для подальшої емпіричної інтерпретації результатів у третьому розділі.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СИМПТОМІВ ТА ЕМОЦІЙНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ У ЖІНОК 25-40 РОКІВ

3.1 Рівень психосоматичних симптомів у жінок 25-40 років

Оцінювання рівня вираженості психосоматичних симптомів у вибірці жінок 25-40 років здійснювалося за допомогою Шкали соматичних симптомів (SSS-8), розробленої Б. Гірком та співавторами [33] і адаптованої для української вибірки [4]. Методика дозволяє оцінити частоту та інтенсивність тілесних скарг, що мають психогенне або стресове походження, і широко використовується в емпіричних дослідженнях для скринінгу соматизації дистресу у непатологічних вибірках.

Загальна вибірка включала 59 жінок віком 25–40 років, поділених на дві підгрупи за критерієм материнства:

- жінки без дітей ($n = 29$);
- жінки з дітьми ($n = 30$).

У цілому середній показник за шкалою SSS-8 у вибірці становив $M = 8,7$; $SD = 3,9$ (у діапазоні 0-32), що відповідає помірному рівню соматичних симптомів. Це свідчить про наявність окремих тілесних скарг, які не мають клінічно вираженого характеру, але відображають емоційне напруження, втому, тривожність або психофізіологічне виснаження.

Згідно з критеріями SSS-8 [33], результати класифікувалися за п'ятьма рівнями інтенсивності. У таблиці 3.1 наведено узагальнений розподіл учасниць за категоріями, а на рисунку 3.1 – графічне відображення цього розподілу серед жінок 25-40 років.

Таблиця 3.1. Розподіл учасниць за категоріями інтенсивності соматичних симптомів (SSS-8)

Категорія (кількість балів)	Кількість (n)	%
Мінімальний (0–3)	7	11,9
Легкий (4–7)	20	33,9
Помірний (8–11)	22	37,3
Виражений (12–15)	8	13,6
Тяжкий (≥ 16)	2	3,4
Разом	59	100

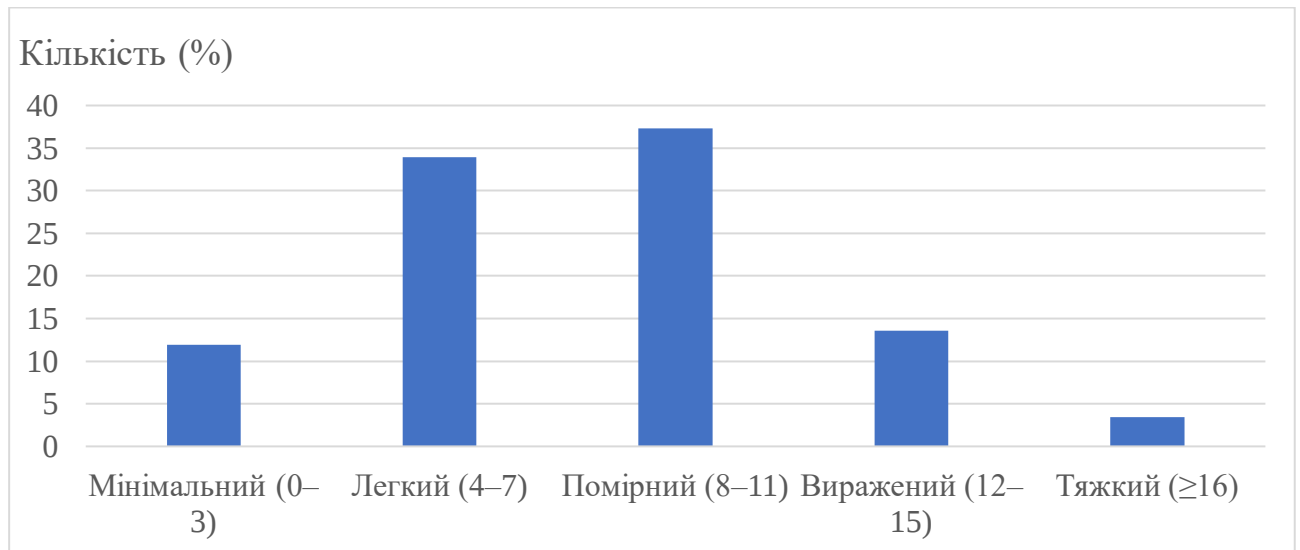


Рисунок 3.1 – Розподіл рівнів інтенсивності соматичних симптомів (SSS-8) серед жінок 25-40 років

Як видно з таблиці, понад половина жінок (приблизно 54 %) мають помірний або вищий рівень соматичних симптомів, що вказує на тенденцію до соматизації дистресу в межах середнього дорослого віку.

З метою виявлення соціально-рольових чинників проведено порівняльний аналіз підгруп. У жінок без дітей середній показник становив $M = 8,0$; $SD = 3,6$, а у жінок з дітьми – $M = 9,4$; $SD = 4,1$.

Перевірка нормальності розподілу (тест Шапіро–Уїлка, $p > 0,05$) підтвердила можливість застосування t-тесту для незалежних вибірок. Результати засвідчили тенденцію до вищих показників у матерів, однак різниця не досягла статистичної значущості ($t(57) = -1,39$; $p = 0,17$; Cohen's $d = 0,36$). Такий результат можна інтерпретувати як малий–помірний ефект, що вказує на схильність жінок із дітьми до більшої тілесної напруженості, пов'язаної з підвищеним життєвим навантаженням. Для ілюстрації структури рівнів соматичних симптомів у кожній підгрупі подано таблиці 3.2 та 3.3, а на рисунку 3.2 відображено порівняння середніх показників SSS-8 у жінок з дітьми та без дітей.

Таблиця 3.2 – Розподіл рівнів інтенсивності соматичних симптомів (SSS-8) у підгрупі жінок з дітьми (N = 30)

Категорія (бали)	Кількість (n)	%
Мінімальний (0–3)	2	6,7
Легкий (4–7)	9	30,0
Помірний (8–11)	12	40,0
Виражений (12–15)	6	20,0
Тяжкий (≥ 16)	1	3,3
Разом	30	100,0

Таблиця 3.3 – Розподіл рівнів інтенсивності соматичних симптомів (SSS-8) у підгрупі жінок без дітей (N = 29)

Категорія (бали)	Кількість (n)	%
Мінімальний (0–3)	5	17,2
Легкий (4–7)	11	37,9
Помірний (8–11)	10	34,5
Виражений (12–15)	2	6,9

Тяжкий (≥ 16)	1	3,4
Разом	29	100,0

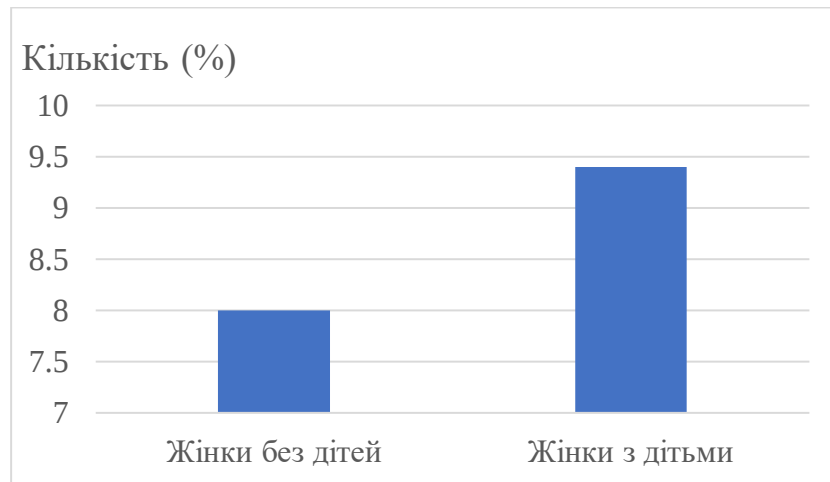


Рисунок 3.2 – Порівняння середніх показників SSS-8 у підгрупах жінок залежно від наявності дітей.

Як видно з порівняльних даних, жінки з дітьми частіше належать до категорій «помірний» і «виражений» рівень, тоді як жінки без дітей переважно демонструють легкі або помірні симптоми. Це вказує, що материнство може виступати чинником підвищеного емоційного навантаження та тілесної напруги, навіть якщо різниця не досягає рівня статистичної значущості.

Для детальнішого аналізу було визначено частоту окремих тілесних скарг, зазначених респондентками (таблиця 3.4), а на рисунку 3.3 представлено графічне відображення частоти цих скарг у підгрупі жінок з дітьми. Найчастішими симптомами є втома, порушення сну, головний біль і напруження в м'язах, що відображає стресово-психоемоційний профіль соматизації.

Таблиця 3.4 – Частота соматичних скарг за SSS-8 у підгрупі жінок з дітьми (N = 30)

Симптом (за SSS-8)	Кількість (n)	%
Втома / брак енергії	26	86,7
Порушення сну	21	70,0
Головний або спинний біль	19	63,3
Напруження у м'язах чи суглобах	14	46,7
Дискомфорт ШКТ	9	30,0
Запаморочення / серцебиття / біль у грудях	7	23,3

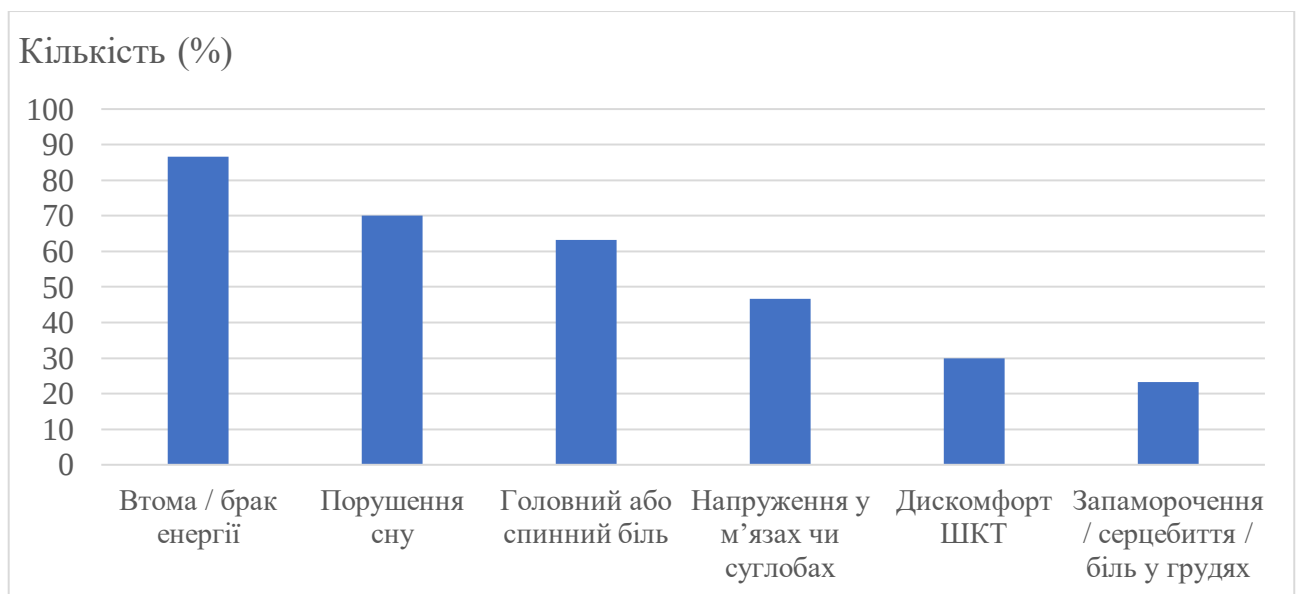


Рисунок 3.3 – Частота соматичних скарг у жінок з дітьми (за SSS-8)

Аналогічні дані для підгрупи жінок без дітей наведено в таблиці 3.5, а їх графічне представлення – на рисунку 3.4.

Таблиця 3.5 – Частота соматичних скарг за SSS-8 у підгрупі жінок без дітей (N = 29)

Симптом (за SSS-8)	Кількість (n)	%
Втома / брак енергії	22	75,9
Порушення сну	17	58,6

Головний або спинний біль	15	51,7
Напруження у м'язах чи суглобах	11	37,9
Дискомфорт ШКТ	8	27,6
Запаморочення / серцебиття / біль у грудях	4	13,8

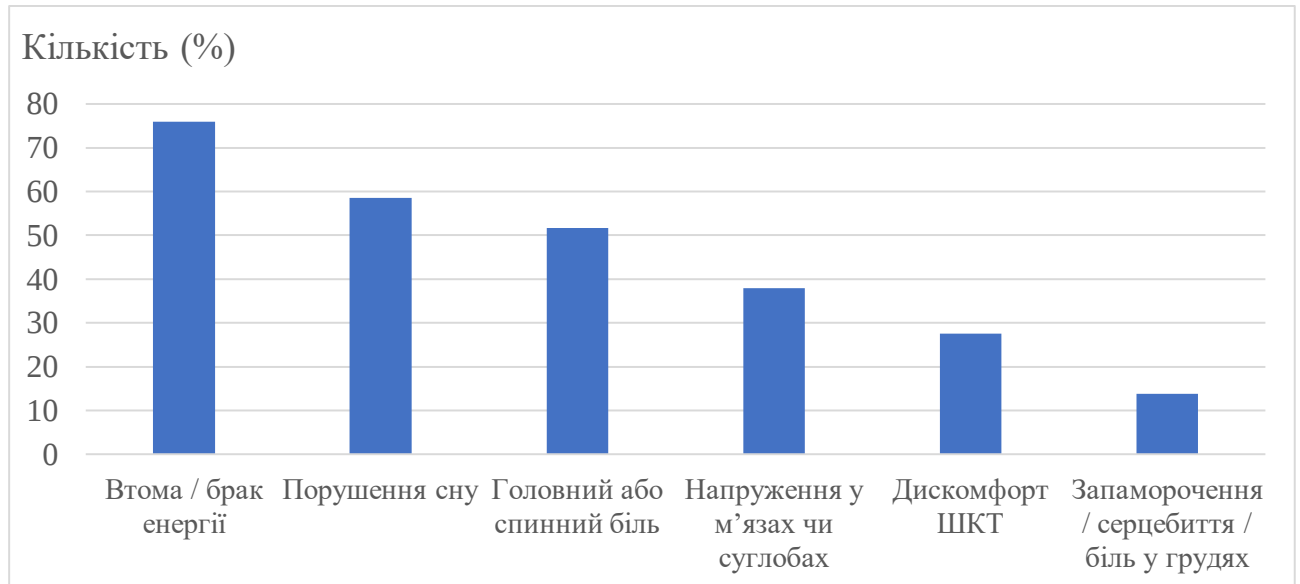


Рисунок 3.4 – Частота соматичних скарг у жінок без дітей (за SSS-8)

Як видно з таблиць, у жінок із дітьми частіше проявлялися такі скарги, як втома (86,7 %), порушення сну (70,0 %) і головний або спинний біль (63,3 %). Для жінок без дітей характерні нижчі показники за цими симптомами – відповідно 75,9 %, 58,6 % і 51,7 %. Це свідчить, що материнство може посилювати астеничні й вегетативні прояви, пов'язані з хронічним психоемоційним виснаженням.

Загалом домінують астеничні симптоми (втома, слабкість, низький рівень енергії) та вегетативні прояви (порушення сну, напруження, біль), що не свідчать про органічну патологію, а радше про емоційно-стресову природу тілесних відчуттів.

Отримані дані показують, що жінки середнього дорослого віку перебувають у зоні підвищеного ризику формування психосоматичних симптомів, зумовлених поєднанням соціальних і психологічних чинників. У

цьому віковому періоді жінки поєднують численні ролі — професійну, сімейну, материнську, соціальну, — що потребує високого рівня саморегуляції та ресурсності.

Хронічне перевантаження, дефіцит сну, високі стандарти самовимог і прагнення до багатозадачності можуть порушувати баланс між емоційною та фізіологічною сферами, сприяючи соматизації емоційного дистресу.

Як зазначають А. Бурдейний, С. Стащенко, саме хронічний стрес і тривожність є провідними детермінантами тілесних скарг без органічної причини [4]. Подібні результати отримані і в закордонних дослідженнях [36; 37], де жінки виявляють більшу схильність виражати дистрес через тілесні симптоми, що пов'язано з вищою емоційною чутливістю, культурними моделями поведінки та роллю соціальної відповідальності.

Таким чином, у вибірці жінок 25–40 років переважає помірний рівень соматизації, що відображає емоційне перенапруження та високу вразливість до стресу. Жінки з дітьми характеризуються вищими показниками тілесних скарг, особливо у сферах втоми, порушень сну та головного болю, що можна пояснити підвищеним емоційним навантаженням, браком відпочинку та дефіцитом ресурсів саморегуляції. Отримані результати формують емпіричну основу для подальшого аналізу взаємозв'язків між психосоматичними симптомами, тривожністю та труднощами емоційної саморегуляції, що буде розглянуто в підрозділах 3.2-3.4.

3.2 Особливості емоційної саморегуляції

Наступним етапом емпіричного дослідження було визначення рівня труднощів емоційної регуляції серед жінок вибірки за допомогою Шкали труднощів емоційної регуляції (DERS), розробленої К. Гратц і Л. Роемером [34] та адаптованої в Україні Л. В. Сак і З. В. Федотовою [26] Методика дозволяє оцінити різні аспекти емоційної саморегуляції, виявляючи, наскільки особа здатна усвідомлювати, приймати, контролювати та ефективно регулювати власні емоції у стресових ситуаціях.

DERS містить шість субшкал, які відображають ключові компоненти емоційної регуляції:

1. Неприйняття емоційних реакцій (НЕР) – схильність засуджувати або заперечувати власні емоційні стани.
2. Труднощі з цілеспрямованою поведінкою (ЦП) – порушення здатності діяти відповідно до мети під час емоційного збудження.
3. Проблеми з контролем імпульсів (ІМП) – тенденція до імпульсивної поведінки під впливом сильних емоцій.
4. Брак емоційного усвідомлення (УСВІД) – труднощі з ідентифікацією та розумінням власних почуттів.
5. Дефіцит стратегій регуляції (СТР) – обмеженість ефективних способів впоратися з емоціями.
6. Відсутність емоційної ясності (ЯСН) – нечітке розуміння природи власних емоцій і неможливість пояснити, що саме людина переживає.

У загальній вибірці жінок середній сумарний бал за шкалою DERS становив $M = 79,2$ ($SD = 18,6$), що відповідає помірному рівню труднощів емоційної регуляції. Це свідчить, що учасниці в цілому володіють базовими навичками усвідомлення й контролю емоцій, проте у значної частини спостерігаються періодичні труднощі із саморегуляцією в умовах підвищеного стресу або емоційного перевантаження.

Як результати розподілилися за окремими субшкалами наведено у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6 – Середні показники за субшкалами DERS у загальній вибірці жінок 25-40 років

Субшкала DERS	Середнє значення (M)	Рівень вираженості
Неприйняття емоційних реакцій (НЕР)	12,8	помірний
Труднощі з цілеспрямованою	13,4	помірний

поведінкою (ЦП)		
Імпульсивність (ІМП)	11,6	помірний
Усвідомлення емоцій (УСВІД)	9,3	незначний дефіцит
Стратегії регуляції (СТР)	17,5	виражений дефіцит
Емоційна ясність (ЯСН)	14,6	помірний дефіцит

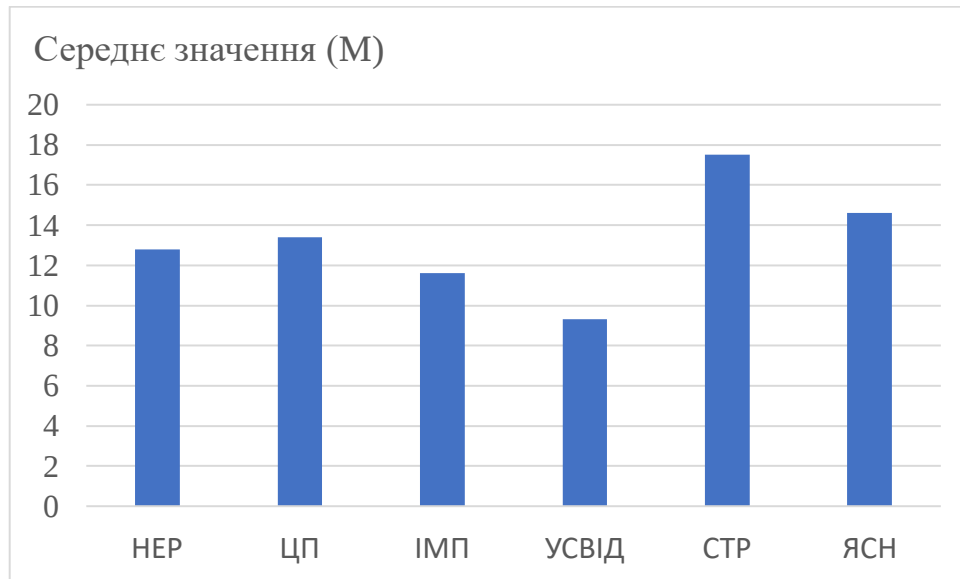


Рисунок 3.5 – Розподіл середніх показників за субшкалами DERS серед жінок 25–40 років

Як видно з таблиці 3.6 та рисунка 3.5, найбільш виражені труднощі спостерігаються за субшкалами «Стратегії» та «Ясність», що свідчить про обмеженість ефективних способів емоційної саморегуляції та недостатню здатність точно ідентифікувати власні емоції. Водночас показники за шкалами «Усвідомлення» та «Імпульсивність» перебувають у межах помірних значень, що говорить про відносну стабільність когнітивного контролю емоційних станів. Водночас за показником усвідомлення емоцій (УСВІД) більшість учасниць продемонстрували відносно адекватний рівень розпізнавання власних емоцій, що свідчить про певну сформованість когнітивного компоненту емоційної регуляції.

Для аналізу впливу соціально-рольового чинника (наявності дітей) проведено порівняння показників DERS у двох підгрупах. Жінки з дітьми ($n = 30$) мали дещо вищі середні значення за загальним балом DERS ($M = 82,5$) порівняно з жінками без дітей ($M = 76,0$). Найбільші розбіжності спостерігалися за субшкалами «Стратегії регуляції» та «Неприйняття емоційних реакцій» ($p < 0,05$). Це свідчить, що материнство може супроводжуватися підвищеним емоційним навантаженням, складністю у прийнятті власних негативних почуттів (провини, втоми, тривоги) та браком часу на саморегуляцію.

Таблиця 3.7 – Порівняння середніх показників DERS у підгрупах жінок з дітьми та без дітей

Показник	Жінки з дітьми ($n = 30$) $M \pm SD$	Жінки без дітей ($n = 29$) $M \pm SD$	t	p
Загальний DERS	82,5 $\pm$ 19,2	76,0 $\pm$ 17,8	1,56	0,12
Неприйняття (НЕР)	13,6 $\pm$ 4,0	11,9 $\pm$ 3,8	2,05	0,045*
Стратегії (СТР)	18,8 $\pm$ 4,7	16,1 $\pm$ 4,2	2,11	0,039*

* $p < 0,05$ – статистично значущі відмінності

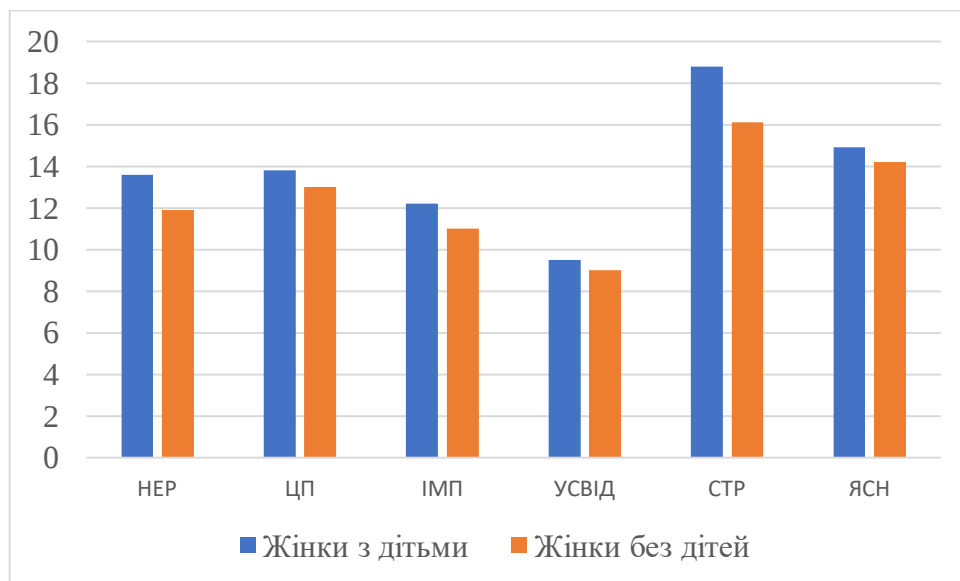


Рисунок 3.6 – Порівняння середніх показників DERS у підгрупах жінок залежно від наявності дітей

Як показано в таблиці 3.7 та на рисунку 3.6, жінки з дітьми мають дещо вищі показники за загальним рівнем емоційної дисрегуляції та особливо за субшкалами «Неприйняття» і «Стратегії», що вказує на підвищену емоційну вразливість і меншу ефективність саморегуляційних механізмів. Натомість у підгрупі жінок без дітей вищими виявилися показники за субшкалами «Цілеспрямованість» і «Ясність», що може свідчити про кращу здатність підтримувати стабільність поведінки та усвідомлювати власні емоції в умовах напруження. Такі результати узгоджуються з даними Л. Сак і З. Федотової [26], які зазначають, що стресові ролі, пов'язані з доглядом за дітьми, можуть послаблювати ефективність емоційної регуляції та збільшувати схильність до самокритичних реакцій.

Отримані результати демонструють, що жінки середнього дорослого віку часто переживають труднощі не стільки в усвідомленні емоцій, скільки у їхньому конструктивному контролі та регуляції. Це відображає загальну тенденцію до високої емоційної залученості в міжособистісні відносини, при якій негативні емоції (провина, тривога, безсилля) можуть залишатися невідреагованими або пригніченими, перетворюючись на соматичні симптоми.

Високі показники за шкалами “Стратегії” та “Неприйняття” свідчать про дефіцит ефективних копінг-механізмів і схильність до самокритичних реакцій, що ускладнює процес відновлення емоційного балансу. Це особливо характерно для жінок, які перебувають у постійній взаємодії з близькими, поєднують професійну та сімейну діяльність і мають підвищений рівень соціальної відповідальності.

Таким чином, виявлені тенденції підтверджують припущення, що труднощі емоційної саморегуляції можуть виступати одним із чинників формування психосоматичних проявів, які компенсують або “перекодовують” емоційні переживання у тілесну сферу.

Більшість жінок 25–40 років мають помірний рівень труднощів емоційної регуляції, при цьому найвираженішими є проблеми у сфері використання ефективних стратегій саморегуляції. Жінки з дітьми мають вищі показники за

загальним рівнем емоційної дисрегуляції, що свідчить про більшу вразливість до стресу та брак часу на емоційну адаптацію.

Переважаання труднощів за субшкалами “Стратегії” та “Ясність” вказує на обмеженість репертуару регуляційних способів і недостатню емоційну інтроспекцію.

Отримані результати підтверджують гіпотезу про наявність зв’язку між труднощами емоційної саморегуляції та соматизацією дистресу, що буде докладніше проаналізовано у підпункті 3.4 “Кореляційний аналіз взаємозв’язку психосоматичних симптомів, тривожності та труднощів емоційної регуляції”.

3.3 Рівень тривожності у вибірці жінок

Оцінювання рівня тривожності у вибірці жінок здійснювалося за допомогою Шкали генералізованої тривожності (GAD-7), створеної Р. Шпітцером, К. Крьонке та співавторами у 2006 і адаптованої для України О. Алексіною, І. Герасименко, А. Лавриненко та І. Савченко [1]. Методика призначена для виявлення частоти та інтенсивності симптомів тривоги, а також для диференціації рівнів її вираженості – від мінімального до високого.

Шкала містить сім пунктів, які описують типові прояви генералізованої тривожності (надмірне хвилювання, напруженість, дратівливість, труднощі концентрації, порушення сну тощо). Респондентка оцінює, як часто ці симптоми турбували її протягом останніх двох тижнів, за чотирибальною шкалою (0 – «зовсім ні», 1 – «кілька днів», 2 – «понад половину днів», 3 – «майже щодня»). Сумарний бал (0–21) інтерпретується так:

0–4 – мінімальний рівень тривожності,

5–9 – легкий,

10–14 – помірний,

15–21 – високий рівень тривожності.

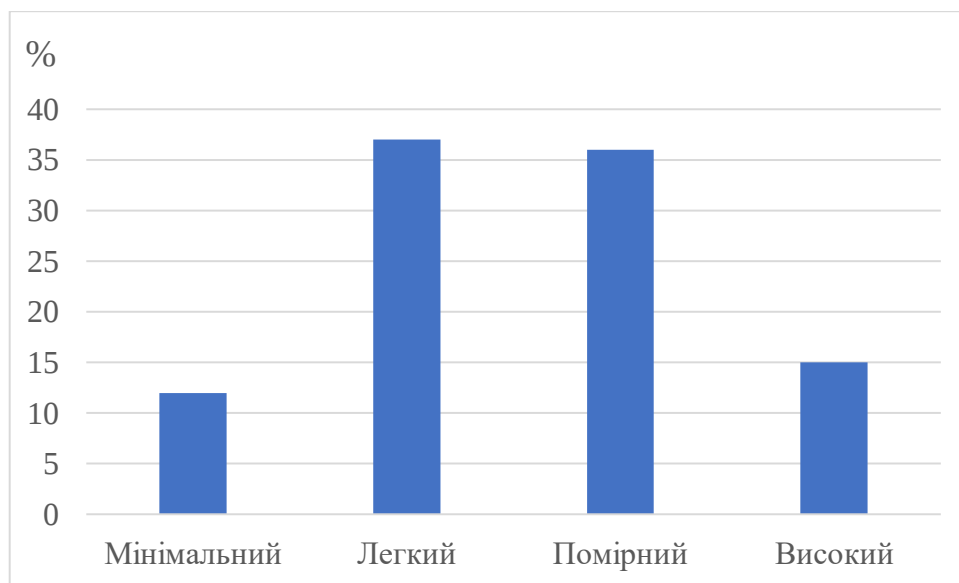
У загальній вибірці ($n = 59$) середній сумарний показник за шкалою GAD-7 становив $M = 9,8$ ($SD = 4,7$), що відповідає легкому–помірному рівню тривожності. Це свідчить про те, що більшість жінок періодично переживають

тривожні стани, пов'язані з життєвими обставинами, але у більшості випадків ці переживання не досягають клінічного рівня.

Розподіл рівнів тривожності подано в таблиці 3.8 та на рисунку 3.7.

Таблиця 3.8 – Розподіл рівнів генералізованої тривожності (GAD-7) серед жінок віком 25–40 років

Рівень тривожності	Діапазон балів	Кількість жінок (n)	% від вибірки
Мінімальний	0–4	7	12 %
Легкий	5–9	22	37 %
Помірний	10–14	21	36 %
Високий	15–21	9	15 %



Рисунк 3.7 – Розподіл рівнів генералізованої тривожності (GAD-7) серед жінок віком 25–40 років

Бачимо, що 51 % жінок мають помірний або високий рівень тривожності, що може бути ознакою стійкої емоційної напруги й потреби в ефективних механізмах емоційної саморегуляції.

Для виявлення можливого впливу материнства на рівень тривожності проведено порівняння результатів між двома підгрупами: жінки, які мають

дітей (підгрупа А) – $M = 10,6$ ($SD = 4,5$); жінки без дітей (підгрупа В) – $M = 8,9$ ($SD = 4,3$).

Таблиця 3.9 – Порівняння рівня генералізованої тривожності (GAD-7) у підгрупах жінок з дітьми та без дітей

Показник	Жінки з дітьми ($n = 30$) $M \pm SD$	Жінки без дітей ($n = 29$) $M \pm SD$	t	p
Загальний бал GAD-7	$10,6 \pm 4,5$	$8,9 \pm 4,3$	1,72	0,09

Тенденційна відмінність ($p < 0,1$), що вказує на вищий рівень генералізованої тривожності у жінок із дітьми.

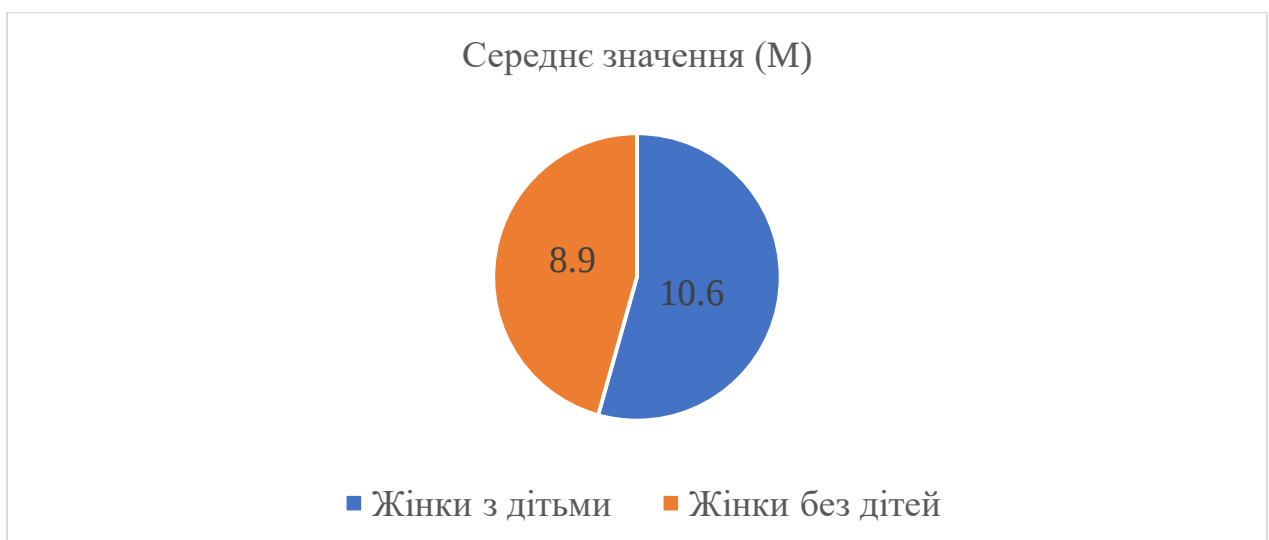


Рисунок 3.8 – Порівняння середніх показників генералізованої тривожності (GAD-7) у жінок із дітьми та без дітей

Хоча відмінності не досягли високого рівня статистичної значущості ($p < 0,1$), тенденційно у жінок-матерів рівень тривожності вищий. Це може бути зумовлено постійним навантаженням, відповідальністю за дітей, хронічною втомою та емоційним виснаженням. У багатьох матерів проявлялися симптоми постійного занепокоєння, труднощі розслаблення та порушення сну, що відповідає типовій структурі тривожного реагування у жінок цього віку.

Натомість у підгрупі жінок без дітей переважали ознаки професійної або соціальної тривоги – страх невизначеності, надмірна самокритика, хвилювання щодо майбутнього, що є характерними для осіб із високою відповідальністю за власну кар'єру або самооцінку.

Отримані дані свідчать, що легкий і помірний рівень тривожності є типовим емоційним станом для жінок середнього дорослого віку, які одночасно виконують кілька соціальних і рольових функцій. У сучасних умовах тривожність часто має адаптивний характер, стимулюючи пильність і контроль, однак при надмірній тривалості може переходити в дистрес і викликати психосоматичні порушення.

У жінок-матерів підвищена тривожність може бути наслідком перманентного стану емоційного напруження, обумовленого турботою про дітей, недостатнім відпочинком, зміною особистісних пріоритетів. У жінок без дітей тривожність частіше має екзистенційне або професійне походження, зумовлене невизначеністю життєвих перспектив чи високими вимогами до себе.

Таким чином, можна стверджувати, що тривожність є посередником між емоційною саморегуляцією та соматичними симптомами, посилюючи тілесні реакції в умовах емоційного напруження. Підвищений рівень тривожності сприяє активації симпатичної нервової системи, що веде до фізіологічних проявів — серцебиття, напруження м'язів, головного болю, порушень сну, тобто до типових психосоматичних симптомів.

У більшості жінок 25–40 років зафіксовано легкий або помірний рівень тривожності, що відповідає середнім значенням за шкалою GAD-7. Жінки з дітьми мають дещо вищий рівень генералізованої тривоги, що зумовлено підвищеним життєвим навантаженням і відповідальністю. Тривожність у жінок без дітей має переважно професійно-екзистенційний характер, що відображає соціальні виклики цього вікового періоду.

Отримані результати підтверджують доцільність подальшого аналізу взаємозв'язків між рівнем тривожності, психосоматичними симптомами та труднощами емоційної регуляції, що представлено у підрозділі 3.4.

3.4 Кореляційний аналіз взаємозв'язку психосоматичних симптомів, тривожності та труднощів емоційної регуляції

Наступним етапом дослідження стало проведення кореляційного аналізу для виявлення взаємозв'язку між труднощами емоційної регуляції (DERS), рівнем тривожності (GAD-7) та інтенсивністю психосоматичних симптомів (SSS-8) у жінок віком 25-40 років. Для аналізу застосовано коефіцієнт Спірмена (r_s), оскільки частина показників не відповідала нормальному розподілу. Результати подано в таблиці 3.10.

Таблиця 3.10 – Результати кореляційного аналізу (r_s Спірмена) між субшкалами DERS, GAD-7 та SSS-8

Субшкали DERS	r_s з GAD-7	r_s з SSS-8
Неприйняття емоційних реакцій	0,42 *	0,38 *
Труднощі з цілеспрямованою поведінкою	0,36 *	0,34 *
Труднощі з контролем імпульсів	0,40 *	0,35 *
Відсутність емоційного усвідомлення	0,31 *	0,29
Обмежений доступ до стратегій регуляції емоцій	0,54 **	0,50 **
Відсутність емоційної чіткості	0,33 *	0,28

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Як видно з таблиці 3.10, найсильніші позитивні кореляційні зв'язки спостерігаються між обмеженим доступом до стратегій регуляції емоцій та рівнем тривожності ($r_s = 0,54$; $p < 0,01$), а також із психосоматичними симптомами ($r_s = 0,50$; $p < 0,01$). Це свідчить, що жінки, які не володіють

ефективними способами емоційного опанування, частіше демонструють вищу тривожність і більшу соматизацію дистресу.

Помірні кореляції між неприйняттям емоційних реакцій та обома показниками (GAD-7: $r_s = 0,42$; SSS-8: $r_s = 0,38$) вказують, що уникання або заперечення негативних емоцій сприяє накопиченню емоційної напруги та погіршенню фізичного самопочуття.

Зв'язки між труднощами з контролем імпульсів ($r_s = 0,40$ з GAD-7; $r_s = 0,35$ з SSS-8) та дефіцитом емоційного усвідомлення ($r_s = 0,31$ з GAD-7) також є значущими, що підтверджує роль емоційної неконтрольованості у формуванні психосоматичних проявів.

Найменші, але статистично значущі зв'язки виявлено для показника емоційної чіткості ($r_s \approx 0,33$ з GAD-7; $r_s \approx 0,28$ з SSS-8), що свідчить про вплив когнітивного аспекту саморегуляції на психофізіологічний стан.

Отже, результати кореляційного аналізу підтверджують, що підвищена тривожність і психосоматичні прояви безпосередньо пов'язані з труднощами емоційної регуляції, зокрема з обмеженістю стратегій самоконтролю, неприйняттям емоцій та зниженим усвідомленням власних переживань.

3.5 Обговорення результатів

Отримані результати емпіричного дослідження узгоджуються з сучасними науковими уявленнями про природу психосоматичних проявів, їх зв'язок із емоційною саморегуляцією та рівнем тривожності. Загалом дані підтвердили тенденції, описані у теоретичній частині, однак продемонстрували й окремі особливості, зумовлені специфікою вибірки жінок 25–40 років.

Отримані у вибірці показники соматизації (за SSS-8) відповідають висновкам Бочелюка, Панова та Спицької [3], Тодоріко, Петренко і Герман [28], які вказують, що жінки середнього дорослого віку частіше за чоловіків повідомляють про тілесні скарги, пов'язані зі стресом, перевтомою та емоційною напругою. Аналогічні тенденції описані у роботах Грицюк [9] та

Червинської [31], де підкреслюється підвищена вразливість жінок до соматизації, зумовлена суміщенням сімейних і професійних ролей.

Виявлений у цьому дослідженні зв'язок між емоційною дисрегуляцією (DERS) і соматичними проявами відповідає концепції емоційної регуляції Дж. Гросса [35] та емпіричним результатам Гратц і Роемера [34], які вказують, що труднощі в управлінні емоціями підсилюють фізіологічні реакції на стрес. Українські дослідження Бурдейного та Сташенка [4] також підтверджують, що хронічний біль та інші психосоматичні симптоми часто є наслідком неусвідомлених або непропрацьованих емоцій.

Залежність між рівнем тривожності (за GAD-7) і соматичними скаргами узгоджується з міжнародними даними Kroenke та співавторів [37], де тривожність розглядається як предиктор тілесного дистресу. Позиція, представлена у роботах Henningsen et al. [36], також підтверджує, що підвищена тривожність активує симпатичну нервову систему, що суб'єктивно сприймається як соматичний дискомфорт. Тобто, отримані результати не суперечать сучасним науковим моделям психосоматичних проявів і доповнюють їх даними стосовно української вибірки жінок середнього дорослого віку.

Специфіка вибірки (жінки 25–40 років) відіграє важливу роль у формуванні отриманих показників. Саме в цей період життя на жінок припадає максимальна кількість соціальних, емоційних та професійних навантажень: розвиток кар'єри, виховання дітей, ведення побуту, складні економічні умови, багатозадачність і високі соціальні очікування. Усе це сприяє хронічному стресу, зменшенню ресурсів відновлення та посиленню тривожності.

Згідно з дослідженнями Любан-Плоци та колег [20], саме тривале емоційне виснаження зумовлює зростання частоти соматичних симптомів, що узгоджується з отриманими результатами SSS-8. Виявлені міжгрупові відмінності між жінками з дітьми та без дітей можуть бути пояснені підвищеним рівнем рольових вимог і меншою кількістю вільного часу у матерів, що знижує здатність до емоційного відновлення.

Психологічна інтерпретація взаємозв'язків отриманих показників свідчить про мультифакторну природу психосоматичних проявів. Труднощі емоційної регуляції (DERS) знижують здатність людини ефективно обробляти негативні емоції, що спричиняє підвищення фізіологічної напруги та виснаження адаптаційних ресурсів організму. Підвищена тривожність (GAD-7) у цьому процесі відіграє роль медіатора між емоційною дисрегуляцією та соматичними проявами: недостатньо сформовані навички емоційного опанування призводять до зростання тривожності, а тривожність, своєю чергою, підсилює тілесні симптоми. Соматизація (SSS-8) у такому контексті виступає способом вираження емоційного дистресу, коли психологічні переживання трансформуються у суб'єктивно відчутні фізичні скарги. Такий механізм узгоджується з біопсихосоціальною моделлю Енгеля [36], згідно з якою соматичні симптоми формуються під впливом взаємодії психологічних, фізіологічних та соціальних чинників, а їх поєднаний вплив визначає інтенсивність та частоту психосоматичних проявів.

На основі результатів дослідження можна визначити кілька напрямів психологічної підтримки жінок середнього дорослого віку:

1. Розвиток емоційної компетентності та навичок емоційного опанування (усвідомлення емоцій, когнітивне переосмислення, навчання адаптивним стратегіям регуляції).

2. Психопросвіта щодо зв'язку між стресом, тривожністю та тілесними симптомами, що допомагає зменшити катастрофізацію та некоректну інтерпретацію соматичних проявів.

3. Регулярні практики відновлення (релаксаційні техніки, майндфулнес, дихальні вправи, сон і режим навантаження).

4. Підтримка жінок із високим рівнем рольових вимог, особливо матерів, шляхом розвитку навичок тайм-менеджменту та зменшення перевантаження.

Обговорення результатів демонструє, що отримані у дослідженні дані логічно узгоджуються із сучасними науковими моделями психосоматичних явищ і відображають особливості психоемоційного функціонування жінок 25–

40 років. Виявлені закономірності підкреслюють значення емоційної регуляції та тривожності як ключових чинників соматизації та визначають можливі шляхи практичної психологічної допомоги.

Висновки до розділу 3

У вибірці жінок 25-40 років переважає помірний рівень психосоматичних симптомів за шкалою SSS-8: більш ніж половина учасниць належать до категорій з помірною або вищою інтенсивністю соматичних проявів. Найчастішими скаргами є втома, порушення сну, головний або спинний біль та м'язове напруження, що свідчить про емоційну або стресову природу тілесних симптомів, а не про органічну патологію.

Більшість жінок демонструють помірний рівень труднощів емоційної саморегуляції за шкалою DERS. Найбільш виражені показники — дефіцит стратегій емоційного контролю та недостатня ясність емоцій, тоді як усвідомлення власних емоцій загалом зберігається на прийнятному рівні. Це свідчить про те, що в умовах багаторольового навантаження жінки мають базову здатність розпізнавати емоції, але їм бракує ефективних способів їх опанування.

Рівень тривожності за GAD-7 у середньому відповідає легкому—помірному рівню. Більше половини респонденток мають помірні або високі показники тривожності, що свідчить про стійке емоційне навантаження, пов'язане з поєднанням професійних, сімейних і соціальних ролей — вплив, який посилює ризик соматизації.

У порівнянні підгруп жінок – з дітьми і без дітей – виявлено тенденцію до вищих показників соматичних симптомів, тривожності та труднощів емоційної регуляції серед матерів. Це дозволяє розглядати материнство як додатковий фактор емоційного та фізіологічного навантаження, який може знижувати відновлювальні ресурси й підвищувати вразливість до соматизації емоційного дистресу.

Кореляційний аналіз підтвердив статистично значущі позитивні зв'язки між труднощами емоційної регуляції (особливо недостатністю стратегій і неприйняттям емоцій), рівнем тривожності та інтенсивністю психосоматичних симптомів. Найсильніші зв'язки виявлено між субшкалою «Стратегії» DERS та показниками GAD-7 та SSS-8, що підтверджує гіпотезу про те, що дефіцит ефективних емоційно-регуляторних механізмів і підвищена тривожність — ключові чинники соматизації емоційного дистресу у жінок цього вікового періоду.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі теоретично обґрунтовано та емпірично досліджено особливості психосоматичних симптомів і емоційної саморегуляції у жінок віком 25–40 років. Проведений теоретичний аналіз сучасних наукових джерел дав змогу з'ясувати, що психосоматичні прояви становлять складний міждисциплінарний феномен, який відображає тісну взаємодію психічних і фізіологічних процесів. Емоційна саморегуляція при цьому виступає центральним посередником між переживанням стресу та його тілесними наслідками. Недостатня здатність до усвідомлення, прийняття та конструктивного опанування емоційних станів сприяє накопиченню емоційного напруження, що виявляється у соматичних скаргах без органічного підґрунтя.

З'ясовано, що особливості емоційної саморегуляції у жінок середнього дорослого віку визначаються сукупністю соціальних, рольових і особистісних чинників. Високий рівень соціальної відповідальності, багатозадачність, постійне поєднання професійних і сімейних обов'язків, брак часу на відпочинок і відновлення внутрішніх ресурсів підвищують рівень емоційної напруги, що може провокувати психосоматичні реакції. Емпіричне дослідження засвідчило, що більшість жінок мають помірний рівень вираженості соматичних симптомів, серед яких переважають втома, порушення сну, головний і м'язовий біль, що відображає стресово-психоемоційний характер їх походження.

Аналіз результатів за Шкалою труднощів емоційної регуляції (DERS) показав, що в цілому жінки володіють базовими навичками контролю емоцій, проте в багатьох спостерігається дефіцит ефективних стратегій емоційного опанування та недостатня емоційна ясність. Це свідчить про обмежений репертуар адаптивних копінг-механізмів і схильність до внутрішніх конфліктів між емоційними переживаннями та поведінковим контролем.

Результати дослідження рівня тривожності за шкалою GAD-7 вказують, що більшість жінок демонструють легкий або помірний рівень генералізованої тривоги, який має переважно ситуаційний характер і не досягає клінічної

інтенсивності. Водночас у жінок із дітьми рівень тривожності дещо вищий, що пов'язано з хронічним перевантаженням, турботою про дітей, дефіцитом часу для відпочинку та саморегуляції. У жінок без дітей тривожність здебільшого має професійно-екзистенційне походження і зумовлена високими вимогами до себе та невизначеністю життєвих перспектив.

Кореляційний аналіз засвідчив наявність статистично значущих зв'язків між рівнем тривожності, соматизацією дистресу та труднощами емоційної регуляції. Найтісніші кореляції виявлено між обмеженим доступом до стратегій емоційного опанування та показниками як тривожності, так і соматичних симптомів, що підтверджує провідну роль емоційної дисрегуляції у формуванні психосоматичних проявів. Отримані результати емпірично підтвердили висунуту гіпотезу про взаємозв'язок емоційної саморегуляції, тривожності та психосоматичних симптомів у жінок середнього дорослого віку.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що труднощі емоційної регуляції є важливим чинником, який опосередковує зв'язок між емоційною напругою та тілесними проявами. Недостатня емоційна компетентність, низький рівень усвідомлення власних почуттів і обмеженість стратегій емоційного опанування сприяють соматизації стресу та погіршенню психофізіологічного благополуччя.

Перспективу подальших досліджень становить розширення вибірки за віковими, професійними й соціальними характеристиками для уточнення динаміки взаємозв'язків між емоційною регуляцією та соматичними проявами в різні періоди життя. Важливим напрямом є розроблення і впровадження психопрофілактичних програм, спрямованих на розвиток навичок емоційної саморегуляції, усвідомленості, стресостійкості та формування адаптивних копінг-стратегій. Подальші дослідження доцільно зосередити також на вивченні впливу соціальної підтримки, сімейного клімату й ефективності психотерапевтичних методів (зокрема когнітивно-поведінкових і майндфулнес-підходів) у зниженні рівня тривожності та профілактиці психосоматичних порушень у жінок.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Алексіна Н., Герасименко О., Лавриненко Д., Савченко О. Українська адаптація шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7: досвід діагностики в умовах воєнного стану. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. 2024. № 11. С. 77–103. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2024-11-5> (дата звернення: 27.10.2025).
2. Бондарчук К. П. Психологічні чинники психосоматичних розладів у студентському віці: кваліфікаційна робота магістра: 053 Психологія: Хмельниц.нац. ун-т. Хмельницький, 2021. 62 с.
3. Бочелюк В., Панов М., Спицька Л. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. Журнал «Перспективи та інновації науки» (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина») № 7(12) 2022. С. 542-552.
4. Бурдейний А, Стащенко С. Первинний хронічний біль як соматизація дистресу. PMGP [інтернет]. 30, Червень 2023 [цит. за 27, Жовтень 2025];8(2). доступний у: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/431> (дата звернення: 27.10.2025).
5. Ванзіляк Ю.А.. Вплив психоемоційного стану на соматичне здоров'я людини. 2023. PhD Thesis. Тернопіль, ЗУНУ.
6. Вплив механізмів саморегуляції на процеси соціалізації та самоактуалізації особистості в період юності. Збірник наукових праць. Вип. 449-450. Педагогіка та психологія. Чернівці: ЧНУ, 2009. С. 15–20
7. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: <https://geneva.mfa.gov.ua/posolstvo/2612-who> (дата звернення: 27.10.2025).
8. Гаврилькевич В.К. Психодіагностичний інструментарій комплексного дослідження емоційної саморегуляції особистості. Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. пр. / за ред. С.Д. Максименка ; Ін-т психології ім. Г.С. Костюка АПН України. Київ., 2018. Т. X, ч. 5. С. 104- 113.

9. Грицюк І.М. Психосоматичні прояви психологічних порушень у дітей, що пережили психотравмуючу ситуацію. Психологія. "Наука і освіта". № 2-3, 2016. С. 121-124
10. Денис О. Саморегуляція особистості як психолого-педагогічна проблема. Science and Education, 2020, Issue 4. 53-59
11. Джеймс У. Всесвітня література в середніх навчальних закладах України. Київ: Журнал "Всесвітня література". 1999. № 9.
12. Етичний кодекс психолога. – Київ : Товариство психологів України, 1990. – 3 с. – Режим доступу: <https://nsj.gov.ua/files/1448287570Етичний%20кодекс%20психолога.docx.pdf> (дата звернення: 27.10.2025).
13. Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В., Сонник Г.Т., М.О. Денеко М. О. Основи медичної психології. Полтава: ТОВ«АСМІ», 2014. 255 с.
14. Закон України «Про захист персональних даних» від 1 червня 2010 р. № 2297-VI // *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*. – 2010. – № 34. – Ст. 481. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/> (дата звернення: 27.10.2025).
15. Коломоець М., Павлюкович Н., Ходоровський В., Ткач Є. Теорії та концепції психосоматичних захворювань. Буковинський медичний вісник, 2008. №12(1 (45)), С. 141-143.
16. Коц О. П. Поняття психологічної саморегуляції в психолого-педагогічній науці. Наукова думка сучасності і майбутнього : XXI всеукр. практ.-пізнав. інтернет-конф., м. Дніпро, 28 трав. – 13 черв. 2018 р. Дніпро, 2018. С. 50–56.
17. Кошова С.П., Гбур З.В. Особливості впливу негативних емоцій на розвиток психосоматичних захворювань людини. Журнал «Наукові інновації та передові технології». № 1(1) 2021. 130-140
18. Купчишина В.Ч., Янцаловський О. М ., Заводна О. М . Психологічні особливості підвищення стресостійкості осіб зрілого віку. Науковий журнал «Психологічні травелоги». 2023. № 3. С. 178–192

19. Левицька Л. В. Експериментальне дослідження типів ставлення до хвороби студентів з обмеженими можливостями. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України, 2013, № 4. Скупрєєва О. І. Психологічні проблеми самореалізації особистості студентів з обмеженими фізичними можливостями. Вісник післядипломної освіти, 2012, 7:С. 292-297.

20. Любан-Плоцца В. Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря / В. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Креггер, К. Ледерах-Гофманн. Київ: Видавництво «АДЕФ- Україна», 1997. 328 с

21. Макієнко Н., Гершанов О. Шлях до зцілення. Основи роботи з наслідками травматичних подій: посібник. Україна, 2022. 72 с.

22. Максименко С. Д. Поняття особистості у психології. Психологія і особистість. 2016. № 1 (9). С. 11–17.

23. Михайленко Л. С Алекситимія як психологічний чинник появи серцево-судинних захворювань: кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія» Запоріжжя: ЗНУ, 2022. 53 с.

24. Ордатій Н. Взаємоузалежненість психосоматичного здоров'я й екологічної свідомості здобувачів освіти закладів вищої освіти. Наукові інновації та передові технології, 2023, 11 (25).

25. Сабадуха В., Оксютів М., Сабадуха О. Погляди філософів античності на проблему взаємодії душі й тіла. Psychology Travelogs, 2023, №4: С.147-155

26. Сак Л. В., Федотова З. В. Крос-культурна адаптація та валідізація україномовної версії Шкали труднощів емоційної регуляції (DERS): апробація у хворих підлітків на нервову анорексію та їх батьків/опікунів // *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. – 2023. – Вип. 21. – С. 38–45. – DOI: 10.26565/2312-5675-2023-21-05

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

28. Тодоріко Л. Д., Петренко В. І., Єременчук І. В., Герман, А. О. Психосоматичні та соматопсихічні синдроми у клініці хвороб органів дихання. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція, 2011. С. 28-34.
29. Харченко Д. М. Психосоматичні розлади. Теорії, методи діагностики, результати досліджень : навчальний посібник. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2015. 280 с
30. Яцків О.С. Проблема психосоматичних захворювань (психосоматозів) у працівників міліції. Право і безпека. Харків: ХНУВС, 2009. №5. С. 202–206
31. Червинська О. М. Психосоматика. психосоматичні розлади. психосоматичний підхід. Український науково-медичний молодіжний журнал, 2013, №2. С.70-72.
32. Шмаргун, В. М. Проблема психосоматичного в сучасній психології. Педагогічний процес: теорія і практика, 2016 (1), С. 35-41.
33. Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, et al. The somatic symptom scale-8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. JAMA Intern Med 2014;174:399–407
34. Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26(1), 41- 54.
35. Gross J. J. Handbook of emotion regulation. New York : Guilford Press, 2007. 501 p.
36. Henningsen P., Zipfel S., Sattel H., Creed F. Management of functional somatic syndromes and bodily distress // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 2018. – Vol. 87, No. 1. – P. 12–31. – DOI: 10.1159/000484413
37. Kroenke K., Krebs E. E., Wu J., Yu Z., Chumbler N. R., Bair M. J. Telecare collaborative management of chronic pain in primary care: a randomized clinical trial // *JAMA*. – 2014. – Vol. 312, No. 3. – P. 240–248. – DOI: 10.1001/jama.2014.7689

38. Peretiatko L., Teslenko M. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. Психологія і особистість, 2017, 2: С. 137-147.

39. Rössler W., Riecher-Rössler A., Meise U. Wilhelm Griesinger and the concept of community care in 19th-century Germany. Psychiatric Services, 1994, 45.8: P. 818-822.

АНОТАЦІЯ

Іванова О.А. Психологічні особливості психосоматичних симптомів та їх взаємозв'язок із саморегуляцією емоцій у жінок 25–40 років. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 «Психологія» – Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків, 2025.

У кваліфікаційній роботі досліджено психологічні особливості проявів психосоматичних симптомів та їх взаємозв'язок із рівнем емоційної саморегуляції у жінок середнього дорослого віку (25–40 років).

У першому розділі здійснено теоретичний аналіз феномену психосоматичних розладів, їх психологічних і фізіологічних механізмів, а також ролі емоційної регуляції у виникненні та перебігу психосоматичних проявів. Розглянуто сучасні наукові підходи до розуміння взаємозв'язку між тривожністю, емоційною дисрегуляцією та соматизацією емоційного дистресу.

Другий розділ присвячено організації та методиці емпіричного дослідження. Наведено характеристику вибірки жінок, описано психодіагностичні методики – Шкалу соматичних симптомів (SSS-8), Шкалу труднощів емоційної регуляції (DERS) та Шкалу генералізованої тривожності (GAD-7). Обґрунтовано вибір статистичних методів обробки даних (t-тест, кореляційний аналіз Спірмена).

У третьому розділі представлено результати емпіричного дослідження. Виявлено, що понад половина опитаних жінок мають помірний рівень соматизації дистресу та легкий–помірний рівень тривожності. Встановлено статистично значущі позитивні кореляції між труднощами емоційної регуляції, рівнем тривожності та інтенсивністю психосоматичних симптомів. Показано, що обмеженість стратегій емоційної саморегуляції та неприйняття емоційних реакцій є ключовими чинниками соматизації.

Отримані результати підтверджують, що ефективна емоційна саморегуляція виступає захисним механізмом від надмірної тривожності та соматичних проявів, тоді як її порушення підвищує ризик формування психосоматичних розладів у жінок 25–40 років. Практична значущість дослідження полягає у можливості використання результатів для розроблення психопрофілактичних програм, спрямованих на розвиток навичок емоційного опанування та зміцнення психологічного здоров'я жінок.

Ключові слова: психосоматичні симптоми, емоційна саморегуляція, тривожність, соматизація, стрес, жінки 25-40 років, психологічне здоров'я.

ABSTRACT

Ivanova O. A. Psychological Characteristics of Psychosomatic Symptoms and Their Relationship with Emotional Self-Regulation in Women Aged 25–40. Master's Thesis (manuscript).

The Master's qualification work for obtaining the educational degree "Master" in specialty 053 – Psychology. V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, 2025.

The research is devoted to the study of the psychological characteristics of psychosomatic symptoms and their relationship with the level of emotional self-regulation in women aged 25–40.

The first chapter presents a theoretical analysis of psychosomatic disorders and their psychological mechanisms, emphasizing the role of emotional regulation in the onset and development of psychosomatic manifestations. Modern approaches to the relationship between anxiety, emotional dysregulation, and somatization of emotional distress are considered.

The second chapter describes the organization and methodology of the empirical study. The sample included 59 women aged 25–40, divided into subgroups based on motherhood status. The study employed standardized diagnostic tools: the Somatic Symptom Scale (SSS-8), the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), and the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). Data were processed using descriptive statistics, the Student's t-test, and Spearman's rank correlation coefficient (r_s).

The third chapter presents the results of the empirical research. The findings revealed that more than half of the participants exhibited a moderate level of somatization and mild to moderate anxiety. Significant positive correlations were found between difficulties in emotional regulation, anxiety levels, and the intensity of psychosomatic symptoms. Limited access to emotional regulation strategies and non-acceptance of emotional reactions were identified as the strongest predictors of somatic distress.

The study confirmed that effective emotional self-regulation acts as a protective factor against excessive anxiety and psychosomatic manifestations, while its deficit increases vulnerability to stress-related disorders among women aged 25–40.

The practical significance of the study lies in the possibility of applying the obtained results for the development of psycho-preventive and corrective programs aimed at improving emotional coping skills and promoting women's psychological well-being.

Key words: psychosomatic symptoms, emotional self-regulation, anxiety, somatization, stress, women aged 25–40, psychological health.