

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

(повне найменування вищого навчального закладу)

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

Кафедра психології

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»

В.о. завідувача кафедри психології

\_\_\_\_\_ Володимир ШЕВЧЕНКО

«\_\_» листопада 2025 року

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему: **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ  
ПРОЯВІВ У ОСІБ З ТРИВОЖНІСТЮ**

Керівник: доктор психологічних наук, професор  
Лисенкова Ірина Петрівна

(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент: доктор медичних наук, професор  
Зак Максим Юрійович

(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконала: студентка VI курсу групи 666Мз  
Філіпенко Ірина Юріївна

(П.І.Б.)

Спеціальності: 053 «Психологія»

(шифр і назва спеціальності)

ОПП: «Психологія»

Миколаїв – 2025 рік

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

( повне найменування вищого навчального закладу )

|                                 |                                                      |
|---------------------------------|------------------------------------------------------|
| Інститут, факультет, відділення | навчально-науковий інститут<br>післядипломної освіти |
| Кафедра, циклова комісія        | кафедра психології                                   |
| Рівень вищої освіти             | другий (магістерський)                               |
| Спеціальність                   | 053 «Психологія»                                     |
| ОПП / ОНП                       | «Психологія»                                         |

ЗАТВЕРДЖУЮ

В.о.завідувача кафедри психології

\_\_\_\_\_ Володимир ШЕВЧЕНКО

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 року

**З А В Д А Н Н Я**  
**НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ**

**Філіпенко Ірині Юріївні**

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Психологічні особливості психосоматичних проявів у осіб з тривожністю

керівник роботи: Лисенкова Ірина Петрівна, д.психол.н., професор

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від

«14» жовтня 2025 року № 240.

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) 24 листопада 2025 року

3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: вступ, основна частина, висновок, список використаних джерел та літератури, додатки (якщо є).

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) згідно з планом кваліфікаційної роботи магістра.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) не планується

## 6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

| Розділ   | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис         |                  |
|----------|-------------------------------------------|----------------|------------------|
|          |                                           | завдання видав | завдання прийняв |
| Вступ    | Лисенкова І.П., д.психол.н., професор     |                |                  |
| Розділ 1 | Лисенкова І.П., д.психол.н., професор     |                |                  |
| Розділ 2 | Лисенкова І.П., д.психол.н., професор     |                |                  |
| Розділ 3 | Лисенкова І.П., д.психол.н., професор     |                |                  |
| Висновки | Лисенкова І.П., д.психол.н., професор     |                |                  |

7. Дата видачі завдання 14.10.2025

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| № з/п | Назва етапів кваліфікаційної роботи                                                                              | Строк виконання етапів проєкту (роботи) | Примітка |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------|
| 1.    | Вступ до кваліфікаційної роботи                                                                                  | вересень 2025                           |          |
| 2.    | Розділ 1. Теоретичні основи дослідження психологічних особливостей психосоматичних проявів у осіб з тривожністю. | вересень 2025                           |          |
| 3.    | Розділ 2. Емпіричне дослідження особливостей психосоматичних проявів у осіб з тривожністю.                       | вересень-жовтень 2025                   |          |
| 4.    | Розділ 3. Напрямки корекції психосоматичних проявів у осіб з тривожністю.                                        | жовтень 2025                            |          |
| 5.    | Висновки                                                                                                         | листопад 2025                           |          |
| 6.    | Передкваліфікаційна практика                                                                                     | 06.10 – 18.10. 2025                     |          |
| 7.    | Оформлення списку використаних джерел та літератури, додатків                                                    | листопад 2025                           |          |
| 8.    | Попередній захист                                                                                                | 24.11.2025                              |          |
| 9.    | Рецензія на кваліфікаційну роботу                                                                                | 02.12.2025                              |          |
| 10.   | Захист кваліфікаційної роботи                                                                                    | 22.12 2025                              |          |

Студент

(підпис)

**Філіпенко І. Ю.**

(прізвище та ініціали)

Керівник проєкту (роботи)

(підпис)

**Лисенкова І. П.**

(прізвище та ініціали)

## АНОТАЦІЯ

*Філіпенко І.Ю. Психологічні особливості психосоматичних проявів у осіб з тривожністю. Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня магістра за спеціальністю 053 «Психологія». Чорноморський національний університет імені Петра Могили. Миколаїв, 2025. 120 с.*

Роботу присвячено психологічним особливостям психосоматичних проявів у осіб з тривожністю. Здійснено теоретичний аналіз на дослідження взаємозв'язку тривожності та психосоматичних проявів .

Досліджуючи психологічні особливості психосоматичних проявів у осіб з тривожністю узагальнено основні методики. За допомогою відібраних методик здійснено аналіз результатів дослідження.

Розроблено авторську корекційну програму для зменшення психосоматичних проявів у осіб з тривожністю.. За результатами експерименту засвідчено ефективність вказаної програми. Після апробації програми отримали наступні результати емпіричного дослідження за допомогою опитувальника «Тест на тривожність GAD-7» та за «Шкалою тривожності Ч.Спілбергера» у переважній більшості осіб властиві високі та середні рівні тривожності та також проявлення тілесної симптоматики (головний біль, безсоння і т.п.) , а саме корекційна програма позитивно вплинула на зменшення рівня тривожності та зменшення вираженості соматичних проявів . Також, узагальнюючи результати респондентів за основними типами, тренінгова програма виявила позитивний вплив на духовне, психологічне та соціальне здоров'я, та потребує доопрацювання для отримання значущих результатів за шкалою фізичного здоров'я.

**Ключові слова:** тривожність, психосоматика, тривога, безсоння , головний біль

## ABSTRACT

*Filippenko I.Y. Psychological characteristics of psychosomatic manifestations in individuals with anxiety. Qualification work for a master's degree in the specialty 053 'Psychology'. Petro Mohyla Black Sea National University. Mykolaiv, 2025. 120 p.*

The work is devoted to the psychological features of psychosomatic manifestations in individuals with anxiety. A theoretical analysis was carried out to study the relationship between anxiety and psychosomatic manifestations.

The main methods were generalised while studying the psychological characteristics of psychosomatic manifestations in individuals with anxiety. The results of the study were analysed using the selected methods.

An author's correction programme has been developed to reduce psychosomatic manifestations in individuals with anxiety. The results of the experiment confirmed the effectiveness of this programme. After testing the programme, the following results of empirical research were obtained using the GAD-7 Anxiety Test questionnaire and the Spielberger Anxiety Scale. Spielberger Anxiety Scale," the vast majority of individuals had high and moderate levels of anxiety and also exhibited physical symptoms (headaches, insomnia, etc.), and the correction programme had a positive effect on reducing anxiety levels and the severity of somatic manifestations. Also, summarising the results of respondents by main types, the training programme had a positive impact on spiritual, psychological and social health, and needs further development to achieve significant results on the physical health scale.

**Keywords:** anxiety, psychosomatics, insomnia, headache

## ЗМІСТ

|                                                                                                                             |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>ВСТУП .....</b>                                                                                                          | <b>3</b>   |
| <b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У ОСІБ З ТРИВОЖНІСТЮ.....</b> | <b>7</b>   |
| 1.1. Концептуальні підходи до розуміння тривожності як особистісної риси людини .....                                       | 7          |
| 1.2. Поняття психосоматики і психосоматичних проявів .....                                                                  | 17         |
| 1.3. Взаємозв'язок тривожності та соматичних симптомів: механізм опосередкування .....                                      | 24         |
| <b>Висновки до першого розділу .....</b>                                                                                    | <b>30</b>  |
| <b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У ОСІБ З ТРИВОЖНІСТЮ .....</b>                      | <b>32</b>  |
| 2.1. Програма та методологія емпіричного дослідження .....                                                                  | 32         |
| 2.2. Аналіз та інтерпретація результатів констатувального етапу емпіричного дослідження .....                               | 38         |
| 2.3. Психологічні умови стабілізації психосоматичних проявів у осіб з тривожністю.....                                      | 57         |
| <b>Висновки до другого розділу .....</b>                                                                                    | <b>62</b>  |
| <b>РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ КОРЕКЦІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У ОСІБ З ТРИВОЖНІСТЮ.....</b>                                         | <b>64</b>  |
| 3.1. Програма корекції психосоматичних проявів у осіб із тривожністю (формульальний етап).....                              | 64         |
| 3.2. Оцінка ефективності програми корекції психосоматичних проявів у осіб із тривожністю (контрольний етап).....            | 76         |
| <b>Висновки до третього розділу .....</b>                                                                                   | <b>86</b>  |
| <b>ВИСНОВКИ .....</b>                                                                                                       | <b>88</b>  |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>                                                                                     | <b>91</b>  |
| <b>ДОДАТКИ .....</b>                                                                                                        | <b>100</b> |

## ВСТУП

У сучасних умовах надзвичайно актуальним є дослідження психологічних особливостей психосоматичних проявів у осіб із тривожністю, коли рівень стресу та емоційного навантаження значно зростає. Тривожність часто супроводжується соматичними симптомами, такими як головний біль, м'язове напруження, порушення сну, серцево-судинні реакції та інші фізичні прояви, що суттєво знижує якість життя та може призводити до хронічних захворювань. Незважаючи на поширеність цих явищ, у науковій та практичній психології досі недостатньо уваги приділяється комплексному аналізу психологічних механізмів їх виникнення, розвитку та взаємовпливу між емоційними, когнітивними та поведінковими аспектами.

Вивчення взаємозв'язку психологічних характеристик осіб із психосоматичними проявами дозволяє глибше зрозуміти механізми формування тривожності та соматичних симптомів, а також виділити фактори, що впливають на інтенсивність цих проявів. Це відкриває можливості для розробки ефективних програм психологічної підтримки та корекції, які враховуватимуть індивідуальні особливості людини, поєднуюватимуть когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані та емоційно-креативні методики. Комплексний підхід дозволить не лише зменшити прояви тривожності та соматичні симптоми, а й сформувати у людини навички саморегуляції, здатність до усвідомленого контролю над тілесними і емоційними реакціями, що є важливим фактором підтримки психічного та фізичного здоров'я.

Проблема психосоматичних проявів тривожності привертала увагу багатьох вітчизняних та зарубіжних вчених. Зокрема, у галузі психосоматичної медицини значний внесок у вивчення тривожних розладів та їх фізичних проявів зробили такі дослідники, як Г.-У.Вітчен, який досліджував етіологію та епідеміологію тривожних розладів, а також їхній вплив на соматичне здоров'я; Д.Розмален, яка зосереджувалася на вивченні медично необґрунтованих фізичних симптомів у пацієнтів з тривожними розладами; та С.Гарфінкель, яка

досліджувала нейробіологічні аспекти тривожності та її вплив на фізіологічні реакції організму. Українська наукова спільнота також зробила вагомий внесок у вивчення психосоматичних розладів. Серед дослідників, які активно працюють у цій сфері, варто виділити Д.Харченко, чиї роботи зосереджені на психологічних та психофізіологічних особливостях пацієнтів із такими порушеннями. К.Проноза займається питаннями психокорекції негативних психічних станів. Внесок Л.Перетятко та М.Тесленко полягає у вивченні самих психосоматичних розладів та факторів, що впливають на їх розвиток. Крім того, І.Савенкова досліджує вплив депресії на перебіг захворювань, а А.Шевчук приділяє увагу психосоматичним порушенням серед населення, яке постраждало внаслідок надзвичайних ситуацій. Водночас, незважаючи на значний обсяг досліджень, комплексні роботи, що поєднують вивчення психосоматичних проявів та тривожності, залишаються обмеженими, що і визначає актуальність кваліфікаційної роботи на тему «Психологічні особливості психосоматичних проявів у осіб з тривожністю».

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості психосоматичних проявів у осіб з тривожністю.

**Завдання дослідження:**

- 1) дослідити наукові підходи до розуміння тривожності як особистісної риси людини;
- 2) розглянути поняття психосоматики і психосоматичних проявів;
- 3) проаналізувати взаємозв'язок тривожності та соматичних симптомів;
- 4) здійснити емпіричне дослідження особливостей психосоматичних проявів у осіб з тривожністю;
- 5) розробити програму корекції психосоматичних проявів у осіб із тривожністю.

**Об'єкт дослідження** – особистісні психосоматичні прояви.

**Предмет дослідження** – психологічні особливості психосоматичних проявів у осіб з тривожністю.

У процесі проведення дослідження ми застосували такі **методи**: а) *теоретичні* – аналіз, синтез, порівняння, зіставлення та узагальнення, що забезпечили теоретичне осмислення отриманих результатів; б) *емпіричні* – спостереження, бесіда, тестування («Тест на тривожність GAD-7», «Шкала тривожності Ч. Спілбергера», методика «PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15)» та «Анкета пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9)»); в) *методи математичної статистики*, а саме – коефіцієнт кореляції Пірсона.

**Експериментальна база дослідження.** Дослідження здійснювалася на базі Миколаївської гімназії № 26 ММР Миколаївської області. Безпосередньо у дослідженні взяли участь 30 осіб, усі вони є педагогічними працівниками міської гімназії. З них – 8 осіб чоловічої статі та 22 особи жіночої статі. Вік опитаних педагогів: від 22 до 56 років.

**Теоретичне значення дослідження** полягає у систематизації та поглибленні знань про механізми взаємозв'язку між тривожністю як особистісною рисою та психосоматичними проявами. Крім того, дослідження уточнює клініко-психологічний портрет осіб із високою тривожністю через аналіз основних соматичних скарг (головний біль, втома, порушення сну) та теоретично обґрунтовує модель корекції, яка поєднує когнітивно-поведінкові та тілесно-орієнтовані підходи.

**Практичне значення дослідження** доведенням ефективності розробленої інтегративної програми корекції психосоматичних проявів у осіб з високою тривожністю, оскільки результати контрольного етапу достовірно засвідчили позитивну динаміку у зниженні рівнів загальної, ситуативної та особистісної тривожності, кардинальне зменшення соматичних проявів та суттєве зниження депресивних симптомів. Розроблена програма, що включає чітко структуровані когнітивно-поведінкові та тілесно-орієнтовані етапи, може бути рекомендована та негайно впроваджена в практику шкільних психологів для роботи з педагогічними працівниками та іншими професійними групами,

схильними до хронічної психоемоційної напруги та соматизації, слугуючи надійним методичним посібником для профілактики вигорання та формування стійких навичок саморегуляції.

**Структура кваліфікаційної роботи** включає вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел, додатки. Загальний обсяг роботи викладений на 119 сторінках та включає 15 таблиць, 15 рисунків, 5 додатків. Список використаних джерел нараховує 91 найменування.

## РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У ОСІБ З ТРИВОЖНІСТЮ

### 1.1. Концептуальні підходи до розуміння тривожності як особистісної риси людини

Надмірна динамічність і постійна інформаційна перевантаженість сучасного світу виступають ключовими факторами зростання рівня тривожності. Ця тривога, своєю чергою, суттєво впливає на ефективність соціального функціонування людини.

З одного боку, адекватна тривожність корисна, оскільки вона стимулює завбачливість і дозволяє людині прораховувати свої дії наперед. З іншого боку, не виправдано високий рівень тривожності є дезадаптивним: він призводить до сприйняття неіснуючої небезпеки і значно перешкоджає повноцінній життєдіяльності в соціумі. Іноді також зустрічається занадто низький рівень тривоги, що проявляється у недостатній обережності, наївності та інфантилізмі поведінки [18, с. 125].

Дослідження тривоги та тривожності розпочалися у XX столітті й досі залишаються актуальними, постійно розкриваючи нові, вузькоспеціалізовані аспекти. У науковій літературі ці терміни традиційно розглядаються у двох основних значеннях: тривога як психічний стан і тривожність як властивість особистості (риса). Головна відмінність полягає в тому, що тривога – це, насамперед, емоційний стан, який виникає тут і зараз у відповідь на конкретну загрозу. Натомість, тривожність є стабільною рисою особистості, що відображає підвищену схильність індивіда до переживання цього емоційного стану тривоги в широкому спектрі ситуацій [73, с. 47].

З.Фройд розглядав тривожність паралельно з такою емоцією, як страх, і визначав їх однаково: як реакцію на небезпеку. Але якщо страх являє собою реакцію на цілком конкретну й з'ясовну небезпеку, то тривога – це реакція на невизначену, невідому небезпеку. З.Фройд підкреслював важливість тривожності як особистісної характеристики, пояснюючи це тим, що вона передбачає певні негативні події в житті людини й стимулює її здійснювати ряд дій, щоб їх уникнути [82, с. 146].

Спочатку З.Фройд припустив наявність несвідомої тривожності. Однак, неодноразово переглядаючи цю думку й вивчаючи її з нових сторін, він прийшов до висновку про те, що тривога завжди усвідомлювана, вона створює дискомфорт для людини, яка її переживає, і супроводжується відчуттями невизначеності й безпорадності. Разом з тим, тематика неусвідомлюваної тривожності одержала своє продовження у вченні про механізми психологічних захистів, основоположником яких також був З.Фройд, а продовжила їх вивчення А.Фройд.

Згідно з позицією З.Фрейда, тривожність характеризується трьома основними ознаками [82, с. 147]:

- специфічним відчуттям неприємного;
- певними соматичними реакціями у вигляді вегетативної поліморфної активації й моторних порушень;
- чітким усвідомленням власного переживання.

У відповідності зі структурою особистості, яка є традиційною для психоаналізу – Ід, Его й супер-Его, – основоположник психоаналізу диференціював види тривожності. Тривожність об'єктивна переживається у зв'язку з реально існуючими, об'єктивними небезпеками – вона відповідає Его; невротична тривожність, причину якої людина не усвідомлює, відповідає Ід; тривожність моральна відповідає супер-Его, і її З.Фройд називає «тривожністю совісті». Особливу увагу З.Фройд приділяв вивченню тривоги невротичної, відзначаючи, що часто ця внутрішня тривога зміщується на зовнішній об'єкт, оскільки зовнішню небезпеку подолати легше, ніж внутрішню [82, с. 149].

Вивчення тривоги в межах класичного психоаналізу поступово перейшло в русло неофрейдизму, представниками якого були Е.Фромм, К.Хорні та Г.Салліван.

Згідно з концепцією К.Хорні, тривога є емоційним станом, який виникає не через незадоволення біологічних потреб, а внаслідок фрустрації соціальних потреб, зокрема тих, що закладаються у ранньому дитинстві. Дитина переживає тривогу, коли її потреби у турботі та любові потенційно блокуються. У дорослому віці тривожність виникає, коли людина сприймає певні обставини як такі, що перешкоджають її самореалізації та самоактуалізації. К.Хорні підкреслювала: якщо потреби дитини в любові та безпеці були задоволені, то в дорослому віці тривога виникатиме значно рідше і матиме меншу інтенсивність [86, с. 89]. Проте, попри усвідомлення важливості дитячих потреб, дорослим часто заважають задовольняти їх власні невротичні страхи, конфлікти та викривлені очікування, що, своєю чергою, призводить до формування невротичної тривоги у старшому віці

Е.Фромм відзначав, що саме переживання відчуженості, відсутність почуття єдності зі значимим іншим, відсутність любові як у ранньому дитинстві, так і в дорослому віці, обумовлює формування тривожності як особистісної характеристики [83, с. 56].

Трохи іншої точки зору щодо природи тривожності дотримувався Г.Салліван. Він вважав, що відчуття тривоги полягає в спілкуванні й має біологічну природу. Учений є автором міжособистісної теорії, у якій говориться про тривогу як про переживання, обумовлене уявленою або реальною загрозою небезпеки. Тривога формується під впливом матері з перших днів спілкування з нею. Дитина «заражається» від матері занепокоєнням за здоров'я, харчування, уміння адаптуватися й т.д.; власне у таких умовах формується «образ Я» дитини [85, с. 11].

Американський психолог Р.Мей зробив значний внесок у дослідження тривоги, розуміючи її широко як негативне емоційне переживання, пов'язане з передчуттям небезпеки. Однак, на його думку, це переживання має й

конструктивний вплив на індивіда. Він стверджував, що тривога має сенс і, хоча може руйнувати життя, її можна використовувати продуктивно. Науковець наголошував, що виживання людства значною мірою залежить від того, що наші предки не побоялися зустріти тривогу віч-на-віч. У давнину тривога, спричинена загрозою від хижих тварин, зіграла вирішальну роль, стимулюючи розвиток мислення та використання знарядь для захисту. Незважаючи на те, що сучасна тривога значно видозмінилася, її сутність не відрізняється від переживань предків. Сьогодні людина боїться не тигрів, а втрати самоповаги, соціального відторгнення або програшу у змаганнях (професійних, спортивних тощо). Тобто, тривога залишається найважливішим елементом людського існування [68, с. 93].

Своєю чергою, Ч.Спілбергер підкреслював, що тривога часто є нормальною і адаптивною реакцією організму, яка необхідна для адекватної оцінки поточної ситуації. Проте він зауважив, що деякі люди відчують тривогу навіть у ситуаціях, які об'єктивно не несуть загрози. Для пояснення цього феномену Ч.Спілбергер запровадив розмежування між ситуативною (реактивною) та особистісною тривожністю. Ситуативна тривожність визначається як короточасний емоційний стан, що виникає як пряма відповідь на конкретну поточну ситуацію. Натомість, особистісна тривожність є стабільною рисою особистості — це схильність людини сприймати широкий спектр обставин як потенційно тривожні та загрозливі, навіть якщо реальна небезпека відсутня [90, с. 87].

Виходячи з вищесказаного, можна зробити висновок, що і тривога як стан, і тривожність як властивість людини перебувають у конфронтації з такими базовими особистісними потребами як: потреба в емоційному благополуччі, почутті впевненості, безпеки.

Погляди вітчизняних психологів на природу та прояви тривоги значною мірою збігаються з позицією іноземних дослідників. Так, Ю.Ханін розглядає тривожність як індивідуально-психологічну характеристику особистості, що проявляється в її схильності реагувати занепокоєнням у ряді життєвих ситуацій,

більшість із яких виникненню такої реакції зовсім не сприяють [37, с. 339]. Науковець диференціює поняття «тривога», «занепокоєння» й «страх», визначаючи страх як яскраво виражену емоцію відносно конкретної загрози для життя людини та її благополуччя. Відмінність тривоги від страху полягає в тому, що вона переживається не при конкретній загрозі, а при її ймовірності й не завжди може мати негативне забарвлення. Часто людина може проявляти тривогу й хвилювання перед позитивними, емоційно для неї значимими подіями. Занепокоєння поєднує обидві емоції й характеризує їх прояви на рівні тілесних проявів: зайва метушливість, або, навпаки, ступор; балакучість, плутанина у словах, піт на чолі, тремор рук тощо [37, с. 340].

Є.Барсукова розглядає тривожність як «індивідуальну психологічну рису, що виявляється у схильності відчувати занепокоєння в різних життєвих обставинах» [3, с. 74].

На думку К.Савченко, «тривожність – це властивість людини переживати підвищену турботу, страх або занепокоєння у певних соціальних ситуаціях, що може проявлятися як постійно, так і ситуативно» [49, с. 42].

К.Титаренко визначає тривожність як «особистісну рису, яка виражається у підвищеній схильності до переживання тривоги навіть у тих ситуаціях, де для цього немає очевидних причин» [56, с. 24].

Іноді людина може відчувати хвилювання у значущій для неї ситуації – це прояв тривоги. Однак, якщо подібні переживання повторюються часто й у різних обставинах, то мова вже йде про «тривожність» як стійку психологічну характеристику.

А.Антоновські зауважує, що тривожність може проявлятися на фізіологічному та психологічному рівнях:

- на фізіологічному рівні реакції тривожності проявляються через низку змін в організмі, серед яких посилення серцебиття, частішання дихання, збільшення хвилинного обсягу кровообігу, підвищення артеріального тиску та зростання загальної збудливості. Це також може призводити до зниження порогів чутливості, і означає, що навіть раніше нейтральні стимули можуть

набувати негативного емоційного забарвлення і викликати тривогу;

– на психологічному рівні тривожність відчувається як внутрішнє напруження, заклопотаність, занепокоєння та нервовість. Людина переживає ці стани у вигляді почуття невизначеності, безпорадності, безсилля, незахищеності та самотності. Такі переживання можуть супроводжуватися відчуттям неможливості прийняти рішення або подолати труднощі, що спричиняє ще більший психологічний дискомфорт [80, с. 32].

Ч.Фіглей пропонує диференціацію тривожності залежно від ситуації на самооцінну, міжособистісну й навчальну. Ми говоримо про самооцінну тривожність, коли ситуація або обставини випробовують на міцність наші уявлення про себе. Міжособистісна тривожність характерна для ситуацій міжособистісних взаємодій, а навчальна – для ситуацій навчання [81, с. 59]. Тривожність може проявлятися вербально або невербально, але завжди несе відчуття вираженого дискомфорту суб'єктові тривожності. Ч.Фіглей також запропонував виділяти відкриті й закриті форми тривожності. До відкритої належить культивована тривожність, гостра, нерегульована тривожність і регульована, компенсаторна тривожність. До закритих форм автор віднесла так звані замасковані форми тривожності, де маскою може виступати агресивність, брехливість, надмірна мрійливість, лінь і видима байдужність [81, с. 60].

Г.Мід також розглядав зв'язок тривожності з діяльністю, виділяючи три її типи: деструктивний, недостатній і конструктивний. Деструктивний тип тривоги чинить негативний вплив на загальну продуктивність і при цьому погіршує психологічний стан особистості. Недостатній тип, навпаки, проявляється занадто низьким рівнем у ситуаціях, де тривога об'єктивно необхідна для адекватної реакції. Конструктивний тип тривоги характеризується оптимальним рівнем, який позитивно позначається на загальній ефективності діяльності людини [89, с. 76].

О.Турчак розрізняє кілька видів тривожності: особистісну, ситуативну, відкриту та приховану. Особистісна тривожність, на думку дослідниці, є стійкою рисою, що формується ще в ранньому дитинстві й виявляється у

схильності людини до хвилювання та страхів у зв'язку з важливими для неї подіями. Ситуативна тривожність відображає інтенсивність емоційної реакції на конкретні ситуації. Відкрита тривожність проявляється в усвідомлених діях та поведінці, що супроводжують стан тривоги. Сюди належать гостра, нерегульована, регульована, компенсована та культивована форми. Прихована тривожність, навпаки, маскується за спокоєм і байдужістю до проблем або навіть їх запереченням, що може виявлятися через агресію, апатію, брехню, лінь, надмірну мрійливість та інші подібні прояви [61, с. 93].

Згідно з позицією Є.Калюжної, тривожність виступає сигналом небезпеки, який сприяє концентрації уваги на можливих проблемах і дозволяє мобілізувати ресурси для досягнення кращих результатів. Тому оптимальний рівень тривожності є необхідним для успішної адаптації до реальності, виконуючи функцію адаптивної тривоги. Занадто високий рівень тривожності, навпаки, вважається дезадаптивною реакцією, яка призводить до дезорганізації в поведінці та діяльності. Відсутність тривоги також негативно впливає на адаптацію, заважаючи нормальному розвитку і продуктивній роботі [17, с. 18].

Загалом тривога носить позитивний адаптаційний зміст, однак висока особистісна тривожність, як правило, дає протилежний ефект. Негативними аспектами особистісної тривожності є:

- потенційна загроза стану здоров'я суб'єкта, який постійно перебуває в тривожному стані; насамперед, сюди варто віднести високий ризик невротичних розладів;
- взаємозв'язок тривоги із професійною спрямованістю носить обернено пропорційний характер: чим вищим є рівень тривожності, тим менш успішною стає професійна діяльність індивіда;
- високий рівень особистісної тривожності спотворює сприйняття суб'єктом навколишньої дійсності: вона починає набувати ворожого характеру і не сприяє налагодженню ефективних міжособистісних зв'язків.

Тривожність є цілісною емоційною характеристикою особистості, компонентом її структури.

Особистісна тривожність є стабільною рисою особистості, яка виявляє схильність індивіда до тривоги. Вона виникає внаслідок фрустрації важливих потреб, зокрема соціальних, і формується через вплив повторюваних тривожних ситуацій. Це базовий тип тривожності, який починає розвиватися на ранніх етапах онтогенезу і остаточно формується в підлітковому та юнацькому віці [34, с. 147].

Причини особистісної тривожності мають соціальну, психологічну та психофізіологічну природу. На соціальному рівні вона зумовлена проблемами в комунікації, на психологічному – невідповідністю самооцінки індивіда, коли одночасно виникають потреба визнати себе високопробним і відчуття невпевненості. Психофізіологічний аспект тривожності пов'язаний з особливостями роботи центральної нервової системи, зокрема, слабкістю чи неврівноваженістю нервових процесів, різними хворобами або порушеннями в діяльності кори головного мозку [34, с. 148].

Розгляд тривожності як стійкої риси особистості зумовлює необхідність особливої уваги до впливу особистісних і соціальних факторів на її виникнення та закріплення, зокрема до особливостей міжособистісного спілкування.

О.Халік виокремлює наступні основні джерела формування стійкої особистісної тривожності:

- зовнішні – тривала зовнішня стресова ситуація, яка виникла в результаті частого переживання станів тривоги. Тривалий і повторюваний вплив стресу, за певної його інтерпретації особистістю, розглядається як головна причина розвитку невротичних і передневротичних станів, зокрема тривожності;
- внутрішні – психологічні або психофізіологічні чинники [63, с. 664].

Тривожність має розглядатися, на думку автора, як відносно стійке утворення, яке, включившись у структуру особистості, має тенденцію до самопідкріплення та самопідтримки, набуває власну спонукальну силу та здійснює вплив як на розвиток інших особистісних утворень, так і на саму себе [63, с. 665].

І.Мудрак зазначає, що основою розвитку особистісної тривожності є недостатньо розвинений або порушений механізм психологічного самоконтролю. Якщо суб'єктивне сприйняття реальності не відповідає дійсності, що викликає надмірну тривогу, це може призвести до порушення процесів регуляції. У такому випадку тривожність стає сталим проявом особистості і перетворюється на одну з основних рис характеру [33, с. 157].

Стійка тривожність свідчить про труднощі людини в управлінні власними емоціями та їх контролюванні. Немоżliвість керувати своїми почуттями породжує почуття безпорадності та безнадійності, що ще більше знижує енергетичний рівень і сприяє розвитку пасивності й песимізму. Це руйнує впевненість у собі, рішучість і наполегливість у досягненні мети, і людина починає передчувати поразку ще до початку дій [33, с. 158].

Конфлікти в особистісній сфері «Я» викликають незадоволення потреб і створюють внутрішню напруженість, що призводить до тривоги. З часом вона закріплюється, набуваючи власної логіки розвитку, і стає потужним чинником, що мотивує особистість до певних дій, зокрема в спілкуванні або досягненні успіху, поступово займаючи місце важливих особистісних характеристик [33, с. 158].

Хоча існування феномену тривожності не викликає сумнівів серед психологів, її прояви в поведінці важко ідентифікувати. Це пояснюється тим, що тривожність часто маскується під різні поведінкові симптоми інших проблем, таких як агресивність, залежність, схильність до підпорядкування, лінощі, помилкова гіперактивність або соматичні реакції. Надмірна тривожність не сприяє внутрішньому душевному комфорту та гармонії, а, навпаки, може стати підґрунтям для розвитку патогенних форм розумової діяльності, що вимагає своєчасної корекції [75, с. 168].

Стійка особистісна тривожність виникає у людей, які мають такі риси, як підвищена вразливість та недовірливість. Цей тип тривожності є реакцією на загрозу чогось абстрактного, що не має конкретного визначення чи чіткого образу, але створює у людини відчуття небезпеки, пов'язаної з втратою себе,

своїх ідентичностей. Така тривожність обумовлена внутрішнім конфліктом, коли людина одночасно прагне до чогось важливого для себе, але це ж саме «щось» викликає у неї протилежні відчуття – відштовхує і притягує одночасно [68, с. 485].

Висока тривожність може призвести до дезадаптації та занурення людини у свій внутрішній світ. Така особистість стає своєрідним «хамелеоном», намагаючись пристосуватися до оточуючих, слідуючи принципу: «Я – як усі». Вона може проявляти агресивність, адже це допомагає знизити рівень тривожності. Агресивна поведінка виявляється у формі підвищеної грубості та інших негативних проявів. Коли тривога посилюється, у людини виникає відчуття неминучості катастрофи, що наближається, і відчуття, що вона не може уникнути небезпеки [68, с. 485].

Найвищий рівень тривоги проявляється у вигляді тривожно-боязкого збудження, яке супроводжується потребою у руховій розрядці, панічним пошуком виходу та очікуванням допомоги. Якщо ця допомога не надходить, дезорганізація поведінки та діяльності досягає свого піку. Така тривожність може бути викликана або реальними проблемами в найбільш важливих сферах життя та взаємодії, або ж існувати попри об'єктивну благополучність, ставши наслідком особистісних конфліктів, неадекватної самооцінки тощо [68, с. 486].

Тривожність часто виникає через конфлікт самооцінки, коли між високими вимогами до себе і значною невпевненістю виникає протиріччя. Такий внутрішній конфлікт спричиняє бажання досягти успіху в усіх сферах, але водночас ускладнює адекватну оцінку власних досягнень, що викликає почуття незадоволеності, невпевненості та напруженості. Це призводить до надмірного бажання досягати мети. У результаті зростає навантаження, що проявляється в порушеннях концентрації уваги, зниженні працездатності та підвищеній стомлюваності. Як надмірно високий, так і надмірно низький рівень тривожності є дезадаптивною реакцією, що спричиняє дезорганізацію поведінки та діяльності [33, с. 159].

Психічний стан тривожності є важливим суб'єктивним фактором, який визначає успішність та продуктивність діяльності людини в різних сферах – роботі, спілкуванні та пізнанні. Він має суттєвий вплив на ефективність і якість виконання різноманітних завдань. Крім того, тривожність може бути пов'язана з переживанням загрози для престижу, самооцінки та самоповаги. Коли рівень тривожності підвищується, людина втрачає здатність актуалізувати свою особистість, оскільки підвищена тривожність заважає їй рухатися вперед і зростати соціально та професійно [39, с. 56].

Т.Титаренко підкреслює пряму залежність між високим рівнем тривожності та здатністю людини регулювати власні емоції та поведінку. Чим вищою є тривожність, тим складніше відбувається цей процес. Під впливом інтенсивної внутрішньої тривоги люди схильні до необдуманих вчинків, оскільки їхні раціональні думки часто паралізовані відчуттям страху та невпевненості. Такі особистості відчувають труднощі у налагодженні контактів і рідко досягають значного успіху. Натомість, індивіди з нормальним (оптимальним) рівнем тривожності легко контролюють ситуацію, свої емоції та поведінку. Завдяки цьому вони є більш мобільними, товариськими та цілеспрямованими, що сприяє їхньому успіху в житті [57, с. 73].

Таким чином, тривожність можна визначити як схильність індивіда до переживання тривоги. Вона є важливим параметром індивідуальних відмінностей. Багато спеціалістів підкреслюють, що тривожність в цілому є суб'єктивним проявом неблагополуччя особистості. Вона може збільшуватися у разі нервово-психічних і соматичних захворювань, у людей, які пережили психічну травму, а також у тих, хто має адитивну поведінку.

## **1.2. Поняття психосоматики і психосоматичних проявів**

Психосоматика – це міждисциплінарна галузь медицини та психології, що досліджує двосторонній зв'язок між психічними станами, емоціями та фізичним здоров'ям. Основна ідея полягає в тому, що психологічні чинники

(як-от стрес, стійкі емоції та індивідуальні особливості) впливають на фізіологічні системи організму, сприяючи виникненню або загостренню різноманітних фізичних захворювань (наприклад, хронічний стрес може підвищувати ризик серцевих проблем, головного болю чи розладів шлунково-кишкового тракту). Водночас, психосоматика також вивчає зворотний вплив: хронічні фізичні захворювання або біль можуть істотно погіршувати психічний стан людини, викликаючи вторинну депресію чи тривожність [12, с. 49].

Термін «психосоматичний» був уведений Х.Хайнротом у 1818 р. Водночас питання співвідношення соматичного і психічного є одним із найдавніших у філософії, психології та медицині.

Так, наприклад, Ф.Александр, працюючи в межах психоаналітичної концепції, зробив новаторський внесок у розуміння психосоматики, досліджуючи психодинамічні неусвідомлені конфлікти при різних соматичних захворюваннях. Він першим висунув ідею, що соматичні прояви можуть мати символічне значення, слугуючи несвідомим вираженням внутрішньоособистісних конфліктів пацієнта. Ф.Александр запропонував термін «вегетативний невроз», симптоми якого є безпосереднім фізіологічним супроводом певних емоційних станів, викликаних внутрішніми конфліктами. Він вважав, що для розуміння специфіки клінічних проявів необхідно вивчати емоційну специфічність цих конфліктних ситуацій, що лежать в основі вегетативних неврозів [77, с. 81].

Г.Гроддек, зі свого боку, підходив до хвороб як до шифрів глибоко прихованого несвідомого. Він розглядав органічні захворювання не просто як патологію, а як наслідок і символічне вираження «глибоко прихованих рішень» несвідомого, які виникають в результаті взаємодії індивіда з навколишнім світом. Таким чином, науковець трактував психосоматичний прояв як конфлікт між зовнішнім середовищем і недиференційованою психосоматичною інстанцією всередині людини [79, с. 157].

Згідно з позицією Н.Ханецької, психосоматичні прояви можуть виникати у напружених життєвих ситуаціях і поділяються на три основні категорії [65, с. 44]:

1. Конверсійні прояви – це символічне вираження невротичного конфлікту. У цьому випадку тіло слугує ніби сценою, на якій несвідомо демонструються придушені суперечливі відчуття пацієнта. Прикладами є істеричні паралічі, психогенна сліпота чи блювота.

2. Психосоматичні функціональні прояви – виникають переважно при неврозах. На відміну від конверсії, тут прояви не мають специфічного символічного значення, а є неспецифічним фізіологічним наслідком сильних емоцій або психічних станів. Зокрема, деякі депресії можуть імітувати або «маскуватися» під соматичне захворювання.

3. Органічні психосоматичні хвороби – в їх основі лежить первинна тілесна реакція на конфліктне переживання, яка призводить до морфологічно встановлених патологічних змін в органах. На вибір органу може впливати спадкова схильність. Хоча прояви можуть виникати у будь-якому віці, частіше вони фіксуються вже у ранній юності. Захворювання з часом набуває хронічного або рецидивуючого характеру, а психічний стрес стає вирішальним чинником для чергових загострень. Зрештою, функціональні порушення можуть призвести до деструкції внутрішніх органів, перетворюючи хворобу на типове соматичне страждання. Історично до цієї групи відносять сім класичних психосоматичних захворювань, це:

- есенціальна гіпертонія;
- бронхіальна астма;
- виразкова хвороба дванадцятипалої кишки і шлунку;
- неспецифічний виразковий коліт;
- нейродерміт;
- ревматоїдний артрит;
- гіпертиреозний синдром [84, с. 420].

Сучасне розуміння психосоматики виходить далеко за межі уявлень лише про здоров'я чи хворобу. Психосоматика трактується як «тілесне відображення внутрішнього, психічного життя людини, що охоплює не тільки фізичне вираження емоцій, а й інші несвідомі психічні процеси». У «Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10)» психосоматичні розлади були віднесені до групи «соматоформних розладів». Згодом, у «МКХ-11» цю категорію було уточнено та замінено на «розлади тілесних відчуттів та переживань», до яких належать: тілесний дистрес, порушення цілісності сприйняття власного тіла, інші уточнені та не уточнені розлади тілесних відчуттів і переживань [12, с. 51].

Розглянемо детальніше саме тілесний дистрес. Він визначається як стан, при якому людина відчуває сильне занепокоєння через певні фізичні відчуття. Ключовою ознакою є надмірна концентрація уваги індивіда на цих тілесних проявах, що виражається у багаторазових зверненнях до медичних закладів. При цьому, навіть після проведення необхідних клінічних обстежень і отримання обґрунтованих запевнень про відсутність серйозної фізичної хвороби, стурбованість і надмірна увага людини до симптомів не слабшає.

Тілесний дистрес класифікується за трьома рівнями: легкий, помірний та тяжкий, залежно від інтенсивності занепокоєння, часу, витраченого на думки про симптоми, та ступеня функціональних порушень.

Легкий тілесний дистрес – характеризується підвищеною увагою до симптомів та їхніх наслідків, що може спричиняти часте відвідування лікарів. Проте, саме занепокоєння є не надто інтенсивним (людина витрачає відносно мало часу на роздуми про симптоми), і суттєві порушення в особистому, соціальному чи професійному житті відсутні [32, с. 202].

Помірний тілесний дистрес. У цьому випадку людина відчуває стійке занепокоєння з приводу симптомів та їхніх можливих наслідків, витрачаючи на це кілька годин щодня. Думки та переживання забирають багато сил, а симптоми можуть призводити до конфліктів у стосунках, зниження продуктивності на роботі та відмови від низки соціальних чи дозвільних

заходів.

Тяжкий тілесний дистрес – це найбільш виражений рівень, коли стійке занепокоєння з приводу симптомів займає основну частину життя людини, що провокує наполегливі, майже нав'язливі звернення до медичних закладів. Вплив симптомів може бути настільки значним, що призводить до нездатності працювати, усунення від сім'ї та друзів, а також відмови майже від усіх соціальних заходів. Інтереси індивіда критично звужуються, фокусуючись майже виключно на власних тілесних відчуттях [32, с. 203].

Психосоматичний прояв (симптом) є складним і багатогранним феноменом, що виникає в результаті взаємодії між особистістю та навколишнім середовищем. На цю взаємодію впливає цілий комплекс факторів, починаючи від інтрапсихічних особливостей людини і закінчуючи властивостями зовнішнього середовища.

У клінічній практиці під психосоматичним розладом розуміють дисфункції органів і систем організму, ключовим негативним чинником у формуванні яких виступають стресові фактори (конфлікти, кризи, катастрофи тощо) [2, с. 11]. Патогенез (механізм розвитку) психосоматичних розладів є надзвичайно складним і визначається низкою взаємопов'язаних умов, зокрема:

- спадковою схильністю до цих розладів;
- нейродинамічними порушеннями (зрушеннями у діяльності центральної нервової системи);
- особистісними особливостями індивіда;
- поточним психічним і фізичним станом людини під час дії психотравмуючих подій;
- несприятливим фоном сімейних та інших соціальних факторів;
- специфікою самих психотравмуючих подій;
- спадковою або вродженою обтяженістю соматичними порушеннями чи дефектами.

А.Мітчерліх описав формування психосоматичного механізму як поетапний процес:

1. Початковий етап (психосоціальний рівень). Спочатку індивід намагається впоратися з конфліктом виключно за допомогою психічних засобів. Зріла особистість використовує звичні соціальні стратегії. Якщо цього недостатньо, задіюється невротичний захист (як-от фобії, нав'язливі стани або невротичні депресії). У разі тривалого стресу ці механізми захисту можуть закріплюватися, сприяючи формуванню невротичної особистості.

2. Другий рівень (соматизація). Якщо конфлікт, що загрожує існуванню, неможливо вирішити на психосоціальному рівні, задіюється другий, більш глибокий захист – соматизація. Цей механізм призводить до структурних змін в організмі.

3. Третій рівень (психотичний захист). Найглибший рівень психологічного захисту проявляється вже як психотичне симптомо-утворення [2, с.12].

Людина занурюється в психосоматичну патологію поступово. До виявлення хвороби і звернення до лікаря проходить тривалий час, коли зміни накопичуються й знижується опірність організму.

Дослідження патогенетичного впливу психічних факторів на фізичний стан виявили, що навіть тяжкі та значущі переживання не завжди призводять до соматичних порушень. Виникнення чи відсутність фізичних змін в організмі значною мірою залежить від внутрішніх властивостей особистості. Ключовими тут є такі ресурси, як «сила Я» (здатність свідомо справлятися з труднощами) та ефективність «психологічного захисту» – саме вони визначають, чи трансформується психічний дистрес у соматичну патологію.

Що стосується «сили Я», то вона є важливою складовою психологічного та емоційного розвитку. Згідно з дослідженнями І. Візнюк, її розвиток охоплює низку ключових аспектів:

- самоідентифікація – це активний процес вивчення та формування власної само тотожності;
- розширення усвідомленості – поглиблення розуміння власних цінностей, інтересів та бажань;

- самоприйняття – здатність безумовно приймати себе, включаючи сильні та слабкі сторони, що є основою для формування позитивного ставлення до себе;
- розвиток індивідуальності – плекання своїх унікальних характеристик і цінностей, від особистого стилю до світоглядної позиції;
- саморозвиток – безперервне вдосконалення;
- самостійність – відповідальність за власні рішення та дії;
- міжособистісні відносини – вміння будувати здорові стосунки, що ґрунтуються на взаєморозумінні та повазі;
- спроможність приймати рішення щодо свого життя і майбутнього;
- стійкість у подоланні труднощів – збереження впевненості у собі та власних можливостях під час випробувань;
- спроможність упоратися зі стресом і життєвими негараздами [10, с. 20].

Своєю чергою, під «психологічним захистом» Л.Перетятко розуміє специфічне перетворення системи психологічних установок, що виникає внаслідок психічної травми та спрямоване на послаблення або нейтралізацію важких емоційних переживань. У результаті наслідки травматичної події певною мірою втрачають свою значущість для людини, а відтак – і свій патогенний вплив [40, с. 140].

Причиною появи психосоматичних симптомів, а з часом і психосоматичних розладів називають також й алекситимію – хворобливий стан людини, якій властивий низький розвиток емоційних і пізнавальних процесів [84, с. 513]. Людина з алекситимією може мати обмежений доступ до своїх емоційних станів, їй важко визначати свої емоції. Вона може відчувати сильні емоції, але не завжди знає, як назвати ці емоції і виразити їх.

М.Тесленко виділяє негативні емоції, особливо ті, на які не вдалося адекватно відреагувати, як важливий чинник виникнення багатьох соматичних захворювань. Дія цих емоцій ініціює фізіологічні зміни в організмі, що включають підвищення артеріального тиску, зростання м'язового тону, надлишок цукру та гормонів стресу (адреналіну, норадреналіну) у крові, а

також активізацію кровообігу. У природі за такою фізіологічною активацією негайно слідує моторна реакція (наприклад, боротьба або втеча). Однак, в умовах сучасної цивілізації та високого самоконтролю, ці безпосередні рухові реакції пригнічуються. Як наслідок, спершу порушується вегетативна регуляція внутрішніх органів, що згодом призводить до їх ушкодження і розвитку патології [40, с. 141].

Таким чином, психосоматика є міждисциплінарним напрямом у медицині та психології, який вивчає вплив психологічних (переважно психогенних) факторів на виникнення, перебіг та подальшу динаміку соматичних (тілесних) захворювань. Психосоматика досліджує, як наші думки, невиражені емоції, хронічний стрес та внутрішні конфлікти можуть призводити до реальних фізичних симптомів або посилювати вже існуючі захворювання.

### **1.3. Взаємозв'язок тривожності та соматичних симптомів: механізм опосередкування**

Взаємозв'язок між тривожністю та соматичними симптомами є складним багаторівневим процесом, у якому психічні, нейрофізіологічні та тілесні механізми взаємодіють у тісній динаміці. Тривога, як емоційна реакція на небезпеку чи внутрішню напругу, запускає в організмі цілий каскад фізіологічних змін, спрямованих на виживання. Водночас, коли ці зміни стають хронічними або сприймаються людиною як загрозливі, вони породжують новий виток тривоги, утворюючи замкнене коло «емоційна напруга – тілесна реакція – тривога».

Щоб краще зрозуміти цей механізм, доцільно представити модель – рис. 1.1, яка демонструє, як саме тривога перетворюється на тілесні прояви та як соматичні симптоми можуть, у свою чергу, підтримувати або посилювати тривожний стан.

Якщо розглядати цю модель детальніше, то слід відзначити, що тривожність і соматичні симптоми мають глибокий взаємозв'язок, який

ґрунтується на єдності психічного та фізіологічного станів людини. Коли людина переживає тривогу, її організм сприймає це як сигнал небезпеки – навіть якщо об’єктивної загрози немає. У відповідь активується вегетативна нервова система, насамперед її симпатичний відділ, який запускає класичну реакцію «борись або тікай». У цей момент тіло готується до дії: серце починає битися швидше, щоб забезпечити м’язи киснем; дихання прискорюється, аби збільшити подачу повітря; м’язи напружуються, готові до руху; потовиділення зростає, щоб охолодити тіло під час зусилля. Паралельно вивільнюються гормони стресу – адреналін і кортизол, які підтримують організм у стані готовності [19, с. 63].

Ці реакції є абсолютно нормальними і навіть необхідними в короткочасних ситуаціях небезпеки, адже вони допомагають людині швидко реагувати на загрозу. Проте коли тривога стає хронічною або непропорційною ситуації, організм перебуває в стані постійної напруги. Така довготривала активація виснажує нервову систему, порушує роботу серцево-судинної, дихальної, травної систем. У результаті людина починає відчувати тілесні прояви тривоги – серцебиття, задишку, біль у грудях, тиск у голові, розлади травлення, тремтіння тощо [19, с. 63].

#### Модель взаємозв’язку тривожності та соматичних симптомів



##### *1. Психологічний рівень (пусковий механізм)*

- людина зіштовхується зі стресом, невизначеністю, внутрішнім конфліктом або надмірними вимогами до себе;
- виникає тривога - емоційна реакція на потенційну загрозу;
- у мозку активізується лімбічна система (особливо мигдалеподібне тіло), що сигналізує про небезпеку.



##### *2. Нейрофізіологічна реакція*

- активується гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь (ГГН-вісь);

- у кров виділяються гормони стресу - адреналін і кортизон. Вони готують тіло до «боротьби або втечі».



### 3. Соматичний рівень (тілесні прояви)

- у тілі з'являються симптоми: головний біль, біль у шлунку, спазми, серцебиття, тремтіння, пітливість, запаморочення, відчуття «кома в горлі»;
- людина починає сприймати ці симптоми як ознаку хвороби.



### 4. Когнітивна інтерпретація (замкнене коло)

- з'являється страх за здоров'я («зі мною щось не так»);
- це підсилює «тривогу», яка знову активує ГГН-вісь;
- нові гормони стресу → нові соматичні реакції;
- утворюється замкнене коло «тривога - симптом - тривога».



### 5. Зворотний вплив: тіло → психіка

- хронічне напруження, біль, безсоння або втома підсилюють психологічне виснаження;
- людина стає більш чутливою до стресу, навіть незначні події викликають сильну тривогу;
- формується «соматоформний розлад» або «тривожний розлад із соматичними симптомами».

Рис. 1.1. Модель взаємозв'язку тривожності та соматичних симптомів [19, с. 62]

Саме в цьому і полягає початкова ланка взаємозв'язку: емоційна реакція на стрес запускає фізіологічні процеси, які проявляються у вигляді соматичних симптомів. З часом ці відчуття стають настільки помітними, що людина починає турбуватися вже не про зовнішню ситуацію, а про власне тіло, що ще більше посилює тривогу.

Поступово емоційна напруга, що виникає під час тривоги, починає переходити у тілесну площину. Людина не просто відчуває хвилювання чи неспокій – її тіло «підхоплює» ці емоції, реагуючи фізичними проявами. З'являються головні болі, напруження в м'язах шиї та спини, біль або тиск у грудях, серцебиття, запаморочення, відчуття нестачі повітря, шлунково-кишкові розлади, безсоння, тремтіння, холодні руки чи ноги. Ці симптоми мають цілком фізіологічну основу – вони є наслідком хронічного напруження

нервової системи, спазму м'язів, коливань судинного тону, зміни гормонального фону [80, с. 89].

Однак особливість тривожних людей полягає в тому, що вони дуже уважно прислухаються до свого тіла і схильні інтерпретувати звичайні фізичні реакції як ознаки хвороби. Наприклад, звичайне серцебиття після фізичного навантаження або під час хвилювання може сприйматися як симптом серцевої патології; короточасне запаморочення – як доказ серйозного розладу кровообігу; спазм шлунка – як небезпечне захворювання. Така катастрофічна інтерпретація тілесних відчуттів провокує нову хвилю тривоги, що ще сильніше активує нервову систему і поглиблює соматичні прояви.

У такий спосіб виникає замкнене коло: спочатку тривога викликає фізичні симптоми, а потім ці симптоми стають джерелом ще більшої тривоги. Людина починає фіксуватися на своєму стані, постійно контролює тіло, шукає підтвердження хвороби, часто звертається до лікарів, проходить численні обстеження, які зазвичай не виявляють органічних порушень. Відсутність очевидної причини тільки підсилює невпевненість і страх, а отже, й тривожність. З часом організм «звикає» жити в стані постійної напруги, і навіть незначні подразники можуть провокувати нові хвилі тілесного дискомфорту [65, с. 90].

Таким чином, тіло і психіка вступають у порочне коло взаємного підсилення: тривога породжує соматичні симптоми, а соматичні симптоми – живлять тривогу. Розірвати це коло можливо лише тоді, коли людина починає усвідомлювати психологічну природу своїх тілесних реакцій і вчиться керувати власними емоціями та напругою.

Соматичні симптоми можна розуміти як спосіб, у який тіло «говорить» про емоційні переживання, особливо тоді, коли людина не може або не вміє висловити їх словами. Емоції – це не лише психічні, а й тілесні явища: кожне почуття має свій фізіологічний відгук. Наприклад, страх стискає грудну клітку і прискорює серцебиття, гнів напружує м'язи, сум викликає важкість у тілі, тривога стискає шлунок. У нормі ці реакції є

короткочасними, але коли емоції не усвідомлюються або придушуються, напруга залишається всередині, і тіло починає сигналізувати про це через фізичні відчуття [45, с. 192].

Для багатьох людей, особливо з високим рівнем тривожності, тілесні прояви стають єдиним доступним способом виразити внутрішній конфлікт. Якщо людині важко розпізнати власні емоції або вона не дозволяє собі відкрито говорити про страх, злість, біль, організм бере на себе цю роль. У такому випадку соматичні симптоми виконують функцію своєрідного «перекладу» емоційною мовою: тіло реагує там, де слова безсилі.

Отже, соматичні прояви стають психофізіологічним відображенням невисловлених емоцій. Людина може щиро вважати, що страждає на фізичну хворобу, хоча насправді її тіло лише відображає приховану тривогу, емоційний біль чи надмірне напруження. З цієї точки зору тіло виступає не ворогом, а помічником – воно «підказує», що всередині є щось, що потребує уваги, прийняття і психологічного опрацювання [45, с. 192].

Тому, коли ми говоримо про взаємозв'язок тривожності та соматичних симптомів, важливо пам'ятати, що соматичні реакції – це не просто наслідок стресу, а спосіб самовираження організму, який намагається зняти напругу або привернути увагу до внутрішніх переживань. Розуміння цього зв'язку відкриває шлях до більш глибокої саморефлексії, а також до психологічного й тілесного зцілення.

Взаємозв'язок між тривожністю та соматичними симптомами має подвійний характер – психологічний і фізіологічний. З психологічного боку, головну роль відіграють когнітивні процеси та емоційні реакції. Людина з підвищеною тривожністю схильна зосереджувати увагу на власних відчуттях і постійно «сканувати» тіло у пошуках небезпеки. Це явище називають гіперувагою до тілесних сигналів. У результаті навіть незначне поколювання чи спазм можуть сприйматися як ознака серйозної хвороби. Така інтерпретація викликає страх, а страх, у свою чергу, запускає нову хвилю фізіологічного збудження. Таким чином, думка породжує емоцію, емоція впливає на тіло, а

тілесна реакція знову підживлює думку, створюючи замкнене коло між психічним і соматичним [9, с. 178].

Крім того, тривожна людина часто має занижену толерантність до невизначеності – вона прагне повного контролю над тілом і подіями навколо. Коли такий контроль неможливо встановити (а тіло завжди має власні природні коливання – у серцебитті, тиску, диханні), виникає відчуття безпорадності й тривоги. З часом формується поведінка уникнення: людина уникає ситуацій, що можуть «викликати симптом», або постійно перевіряє стан свого здоров'я. Ця поведінка тимчасово знижує тривогу, але водночас підкріплює переконання, що небезпека справді існує, і тому з часом тривога лише посилюється [9, с. 179].

З фізіологічного боку, хронічна тривога підтримується через постійне збудження вегетативної нервової системи. Симпатичний відділ, який відповідає за реакцію «борись або тікай», працює без достатніх перерв на відновлення. Це призводить до підвищення м'язового тону, порушень дихання, серцевого ритму, шлунково-кишкових функцій, а також до змін у гормональній системі – особливо в роботі гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, що регулює рівень кортизолу. Постійне вивільнення гормонів стресу поступово виснажує організм, робить його чутливішим до болю, втоми й будь-яких внутрішніх сигналів [9, с. 181].

Тобто, психологічні установки людини і фізіологічні процеси в організмі взаємно підтримують один одного, створюючи стійкий зв'язок між тривогою і соматичними симптомами. Емоційна напруга спричиняє тілесні реакції, а тілесний дискомфорт посилює емоційну напругу. Розірвати це коло можна лише тоді, коли вплив відбувається в обох напрямках – через усвідомлення й зміну мислення (психологічна робота) та через розслаблення, дихальні або тілесно-орієнтовані техніки, які допомагають відновити фізіологічну рівновагу.

Усвідомлення взаємозв'язку між тривожністю та соматичними симптомами має надзвичайно важливе значення для збереження як психологічного, так і фізичного здоров'я людини. Розуміння того, що біль, напруження чи інші неприємні тілесні відчуття не завжди є ознакою хвороби, а

можуть бути сигналом внутрішньої емоційної напруги, допомагає по-іншому ставитися до власного стану. Коли людина починає сприймати тіло не як ворога, що «зраджує» її, а як союзника, який попереджає і захищає, з'являється можливість подолати страх, тривогу та відновити гармонію між психікою і тілом [11, с. 293].

Такий підхід змінює фокус уваги – з пошуку «захворювання» на усвідомлення власних емоцій, думок і життєвих обставин, які можуть бути джерелом напруження. Коли людина навчається розпізнавати свої почуття, відкрито говорити про них і знаходити конструктивні способи подолання тривоги, потреба тіла сигналізувати через біль чи інші соматичні прояви поступово зменшується. Психологічна рівновага відновлюється, а разом із нею – стабілізується робота нервової, серцево-судинної, дихальної та інших систем організму [11, с. 294].

Таким чином, піклування про емоційний стан – це також турбота про фізичне здоров'я. Тривога, яку вчасно помічено, усвідомлено й опрацьовано, перестає накопичуватися в тілі у вигляді болю, спазмів чи втоми. Вона трансформується у внутрішню готовність діяти, у гнучкість і психологічну стійкість. Тому розуміння механізму взаємозв'язку між тривожністю та соматичними симптомами є ключем до цілісного здоров'я, де тіло і душа взаємно підтримують одне одного, а не вступають у конфлікт.

### **Висновки до першого розділу**

У ході аналізу літератури нами було встановлено, що тривожність виступає як стабільна особистісна риса, яка визначає схильність людини реагувати страхом та переживанням на потенційно стресові ситуації. Різні концептуальні підходи підкреслюють її багатовимірний характер: тривожність проявляється на емоційному, когнітивному та поведінковому рівнях, впливаючи на сприйняття подій, інтерпретацію внутрішніх та зовнішніх сигналів і формування адаптивних або дезадаптивних реакцій.

Також було з'ясовано, що психосоматика охоплює взаємодію психічних і фізіологічних процесів у формуванні симптомів, які проявляються у тілесних реакціях. Психосоматичні прояви включають широкий спектр симптомів – від головного болю, м'язових спазмів, порушень серцево-судинної та травної систем до зміни сну та загального самопочуття. Ці прояви відображають спосіб, у який емоційний стан і психологічні процеси впливають на фізичне тіло, і можуть виступати як сигнал про внутрішню напругу чи психологічні труднощі.

Дослідження показали, що тривожність і соматичні симптоми перебувають у тісному взаємозв'язку, утворюючи замкнене коло взаємного підсилення. Психологічне напруження та страх активують фізіологічні реакції організму, які проявляються у вигляді різноманітних тілесних симптомів. Ці симптоми, своєю чергою, сприймаються людиною як загроза, що знову підвищує тривогу, підтримуючи постійний психофізіологічний дискомфорт. Усвідомлення цього механізму підкреслює важливість комплексного підходу до психологічного і фізичного здоров'я, враховуючи взаємодію психіки та тіла.

## **РОЗДІЛ 2**

### **ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У ОСІБ З ТРИВОЖНІСТЮ**

#### **2.1. Програма та методологія емпіричного дослідження**

Розпочинаючи емпіричне дослідження, ми виходили з того, що рівень тривожності людини має безпосередній вплив на появу у неї психосоматичних проявів (симптомів).

Мета емпіричного дослідження – вивчити особливості психосоматичних проявів у людей із різним рівнем тривожності та встановити взаємозв'язок між тривожністю і соматичними симптомами.

Завдання емпіричного дослідження:

- 1) сформулювати вибірку для дослідження;
- 2) підібрати методологічний інструментарій для дослідження;
- 3) визначити рівень тривожності учасників дослідження;
- 4) виявити частоту психосоматичних проявів;
- 5) проаналізувати зв'язок між рівнем тривожності і проявами психосоматики.

На основі вищевикладених завдань виведемо гіпотезу емпіричного дослідження. Вона полягає у наступному: тривожність людини впливає на частоту психосоматичних проявів, а саме: чим вищим є рівень внутрішнього напруження та тривоги, тим більш вираженими стають тілесні симптоми, які відображають емоційний стан людини у фізіологічній сфері.

Емпіричне дослідження відбувалося поетапно. Так, перший етап – підготовчий. Він включав аналіз наукової літератури за тематикою тривожності та особливостей її впливу на фізіологію людини; підбір методик для здійснення емпіричного дослідження; формування вибірки.

Другий етап – констатувальний. Він включав первинне (вихідне) опитування вибірки за обраними опитувальниками та методиками, їх

інтерпретацію та математичний аналіз.

Третій етап – формувальний. Він включав розробку та безпосередню апробацію програми корекції психосоматичних проявів у осіб із тривожністю.

Четвертий етап – контрольний. Він включав обробку та аналіз отриманих даних після проведення формувального етапу, їх інтерпретацію та формування висновків.

Базою дослідження стала міська гімназія № 26 м. Миколаєва Миколаївської міської ради Миколаївської області. Безпосередньо у дослідженні взяли участь 30 осіб, усі вони є педагогічними працівниками міської гімназії. З них – 8 осіб чоловічої статі та 22 особи жіночої статі. Вік опитаних педагогів: від 22 до 56 років. Детальніше вибірка представлена на рисунках 2.1-2.5.

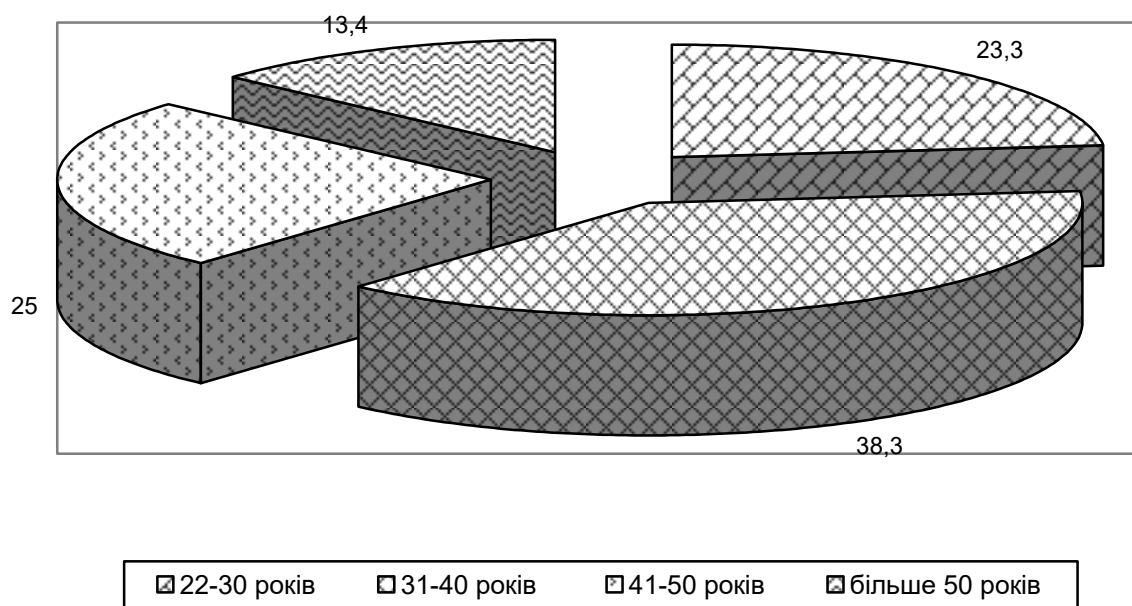


Рис. 2.1. Характеристика вибірки за ознакою віку, %

Так, з рисунка видно, що найбільшу частку у вибірці становлять педагоги віком від 31 до 40 років – 38,3%; педагогів віком 22-30 років – 23,2%; педагогів віком 41-50 років – 25%; і найменше педагогів віком старше 50 років – 13,4%.

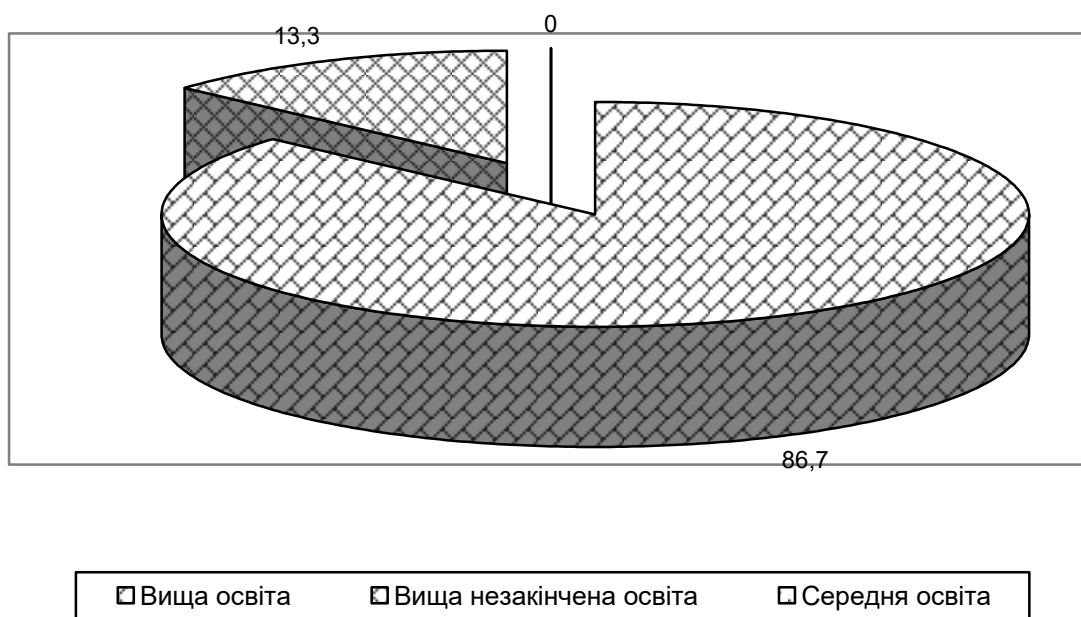


Рис. 2.2. Характеристика вибірки за освітою, %

Таким чином, з рисунка 2.2 видно, що найбільше у вибірці педагогів з вищою освітою – 86,7%; тоді як педагогів з незакінченою вищою освітою – 13,3%.

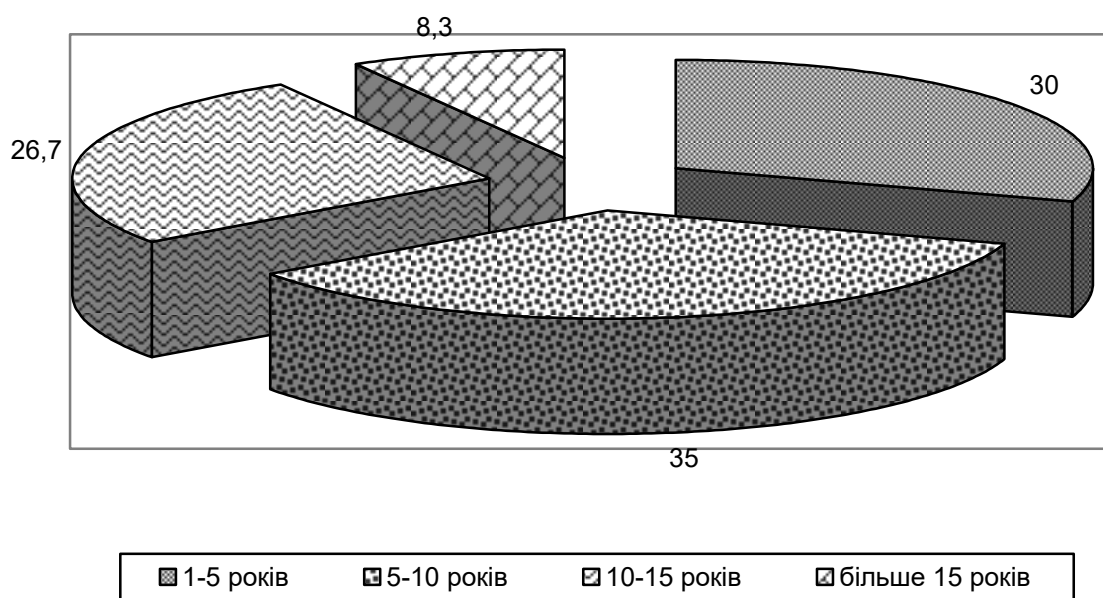


Рис. 2.3. Характеристика вибірки за стажом роботи, %

Отже, ми отримали дані, за якими стає зрозуміло, що у вибірці переважають педагоги зі стажом роботи 5-10 років – 35%; педагогів зі стажом

роботи 1-5 років – 30%; педагогів зі стажем роботи 10-15 років – 26,7%; педагогів зі стажем роботи більше 15 років – 8,3%.

Характеристика вибірки за сімейним станом наведена на рис. 2.4.

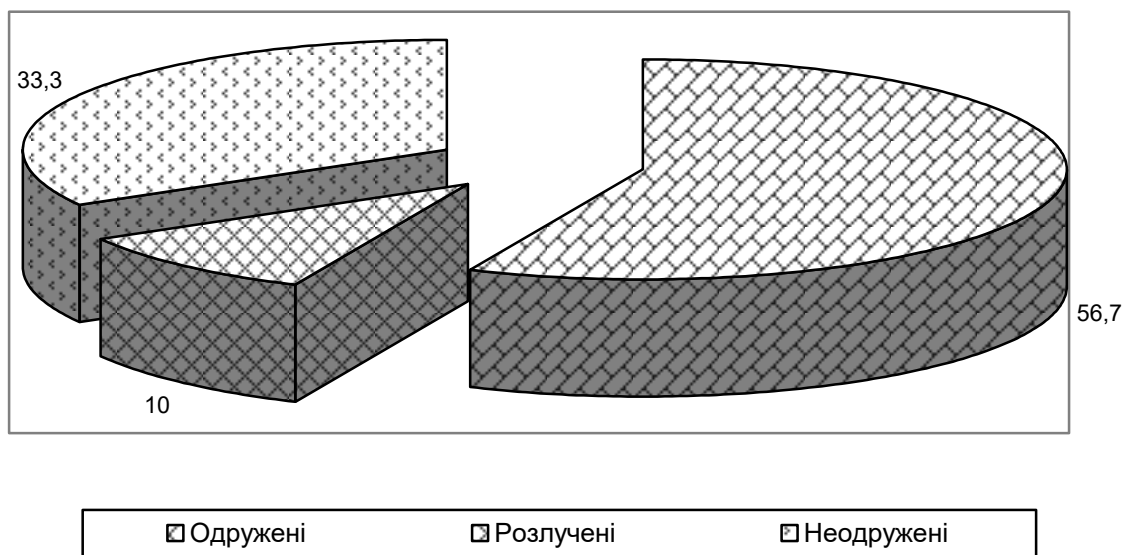


Рис. 2.4. Характеристика вибірки за сімейним станом, %

Ми з'ясували, що у вибірці найбільше одружених педагогів – 56,7%; розлучених педагогів мало – 10%; неодружених педагогів – 33,3%.

Характеристика вибірки за наявністю дітей наведена на рис. 2.5.

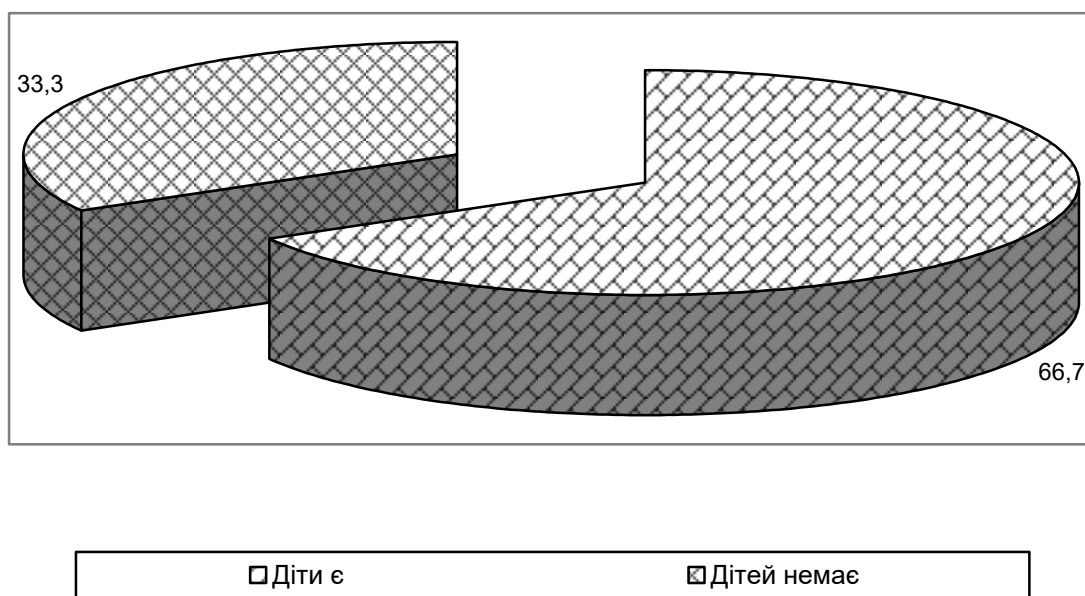


Рис. 2.5. Характеристика вибірки за наявністю дітей, %

Отже, 66,7% опитаних педагогів мають дітей, а 33,3% – ні.

Таким чином, обрана нами для дослідження вибірка є досить різномірною і тому буде цікаво отримати результати щодо взаємозв'язку тривожності та психосоматичних проявів.

Щодо обраної нами методології дослідження, то нами було використано наступні методи:

1. *Бесіда*. Це метод, за допомогою якого отримують інформацію на основі відповідей співбесідника на питання, які ставить дослідник. З усіма педагогами була проведена бесіда щодо конфіденційності їх особистих даних та отриманих нами результатів у ході опитування.

2. *Тестування* – є одним із двох основних типів опитувальних методів, який широко застосовується для збору даних про об'єктивні або суб'єктивні факти. Його ключова особливість полягає в тому, що взаємодія між дослідником і респондентом здійснюється опосередковано. Цей метод діагностики базується на використанні стандартизованих запитань, які мають чітко визначену шкалу оцінювання.

Для визначення рівня тривожності педагогів ми обрали наступні методики:

- *«Тест на тривожність GAD-7»* (автор – Р.Л. Спітцер та колеги) – це важливий інструмент для оцінки загальних симптомів тривожності (додаток А).

- *«Шкала тривожності Спілбергера»*. Дослідження за цією шкалою може проводитися як індивідуально, так і в групі. Дослідник пропонує респондентам відповісти на запитання 2-х шкал згідно з інструкцією; працювати вони повинні самостійно. На кожне запитання можливі чотири варіанти відповіді.

Значні відхилення від рівня помірної тривожності вимагають особливої уваги. Якщо показник тривожності низький – це вимагає пробудження активності, підвищення уваги до свого життя, підвищення почуття відповідальності за своє життя. Особам з високими показниками тривожності слід формувати почуття впевненості в собі, спрямовувати їх на позитивний

результат, необхідно зміщувати акцент із зовнішньої вимогливості, категоричності на змістовне осмислення того, що відбулося у житті.

Зразки шкал та ключі для інтерпретації відповідей наведено у додатку Б.

Для виявлення частоти та інтенсивності психосоматичних проявів ми обрали наступні опитувальники:

- *PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15)* – це стандартизований опитувальник, мета якого – виявити частоту та інтенсивність соматичних симптомів, які можуть бути пов'язані зі стресом, тривожністю або депресивними станами. Методика дозволяє оцінити ступінь вираженості психосоматичних скарг, а також виявити осіб із підвищеним ризиком соматоформних розладів.

Чим вищим є загальний бал, тим більш вираженими є психосоматичні симптоми, і тим вищим є ризик соматоформного розладу або психоемоційного виснаження.

Бланк тесту наведено у додатку В.

- *Анкета пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9)*. Це короткий, стандартизований опитувальник для виявлення соматичних симптомів, а також симптомів депресії та оцінки її вираженості. Ця методика часто використовується разом із PHQ-15 для оцінки психоемоційного стану людини.

Повний опис анкети наведено у додатку Г.

3. *Методи математичного обрахунку результатів дослідження.* Результати, отримані у ході дослідження, піддавалися кількісному обрахунку.

Отже, емпіричне дослідження ґрунтується на гіпотезі про безпосередній вплив рівня тривожності на частоту та вираженість психосоматичних проявів; воно заплановано до реалізації у чотири послідовні етапи: підготовчий, констатувальний, формувальний та контрольний. Для досягнення поставленої мети нами було сформовано досить різномірну вибірку з 30 педагогічних працівників Миколаївської міської гімназії, які різняться за віком, статтю, освітою та стажем роботи. Методологічний інструментарій включає комплекс

стандартизованих методик. Таким чином, даний підрозділ повністю розкриває організацію та методичне забезпечення дослідження, закладаючи надійну емпіричну основу для подальшого кількісного обрахунку, аналізу отриманих даних та перевірки висунутої гіпотези.

## **2.2. Аналіз та інтерпретація результатів констатувального етапу емпіричного дослідження**

Першою методикою, обраною нами для емпіричного дослідження, став «Тест на тривожність GAD-7». Результати опитування за тестом представлені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Результати опитування педагогів за «Тестом на тривожність GAD-7»

| Рівні           | Всього опитаних | %    |
|-----------------|-----------------|------|
| Високий рівень  | 15              | 50,0 |
| Середній рівень | 11              | 36,7 |
| Низький рівень  | 4               | 13,3 |

Наочно результати за «Тестом на тривожність GAD-7» представлено на рис. 2.6.

Так, з рис. 2.6. видно, що у педагогів домінує високий рівень тривожності (50%); середній рівень тривожності проявляється у 36,7% педагогів; низький рівень тривожності мають лише 13,3% педагогів. Таким чином, більшість педагогів демонструють тривожність, характерну для генералізованого тривожного розладу. Це свідчить про наявність значного психологічного напруження, що потребує додаткової уваги та, можливо, психологічної підтримки.

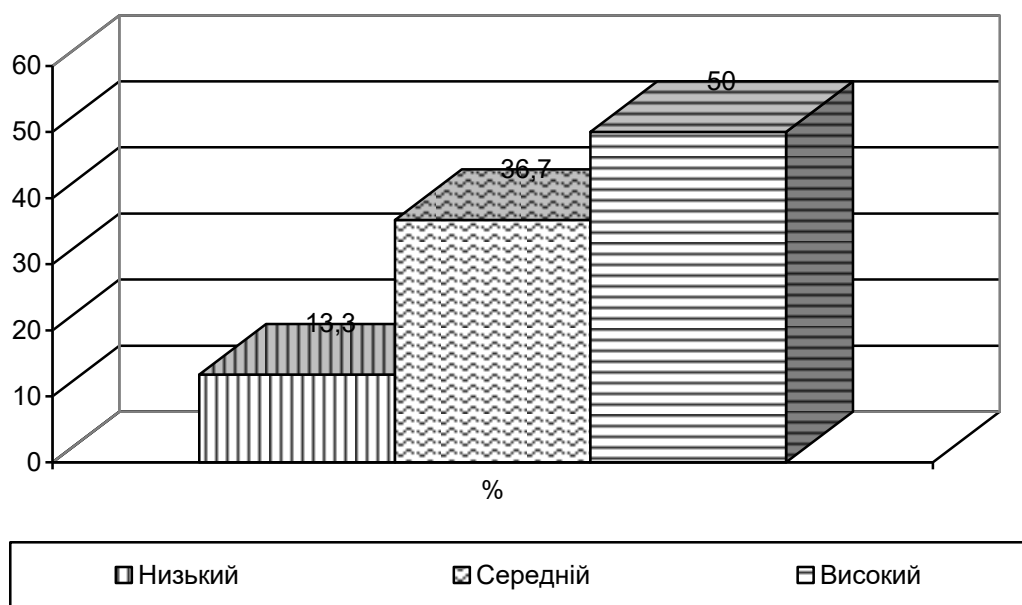


Рис. 2.6. Результати опитування педагогів за «Тестом на тривожність GAD-7», %

Другою тестовою методикою дослідження стала «Шкала тривожності Ч.Спілбергера». Тест спрямований на визначення того, як педагоги почувають себе на даний момент (діагностика актуального стану, ситуативна тривожність), а також, як вони почувають себе постійно (особистісна тривожність). Результати опитування за тестом представлені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Результати опитування педагогів за «Шкалою тривожності Ч.Спілбергера»

| Рівні                          | Всього опитаних | %    |
|--------------------------------|-----------------|------|
| <i>Ситуативна тривожність</i>  |                 |      |
| Високий рівень                 | 12              | 40,0 |
| Середній рівень                | 11              | 36,7 |
| Низький рівень                 | 7               | 23,3 |
| <i>Особистісна тривожність</i> |                 |      |
| Високий рівень                 | 17              | 56,7 |
| Середній рівень                | 10              | 33,3 |
| Низький рівень                 | 3               | 10,0 |

Наочно результати опитування за «Шкалою тривожності Ч. Спілбергера» представлено на рис. 2.7-2.8.

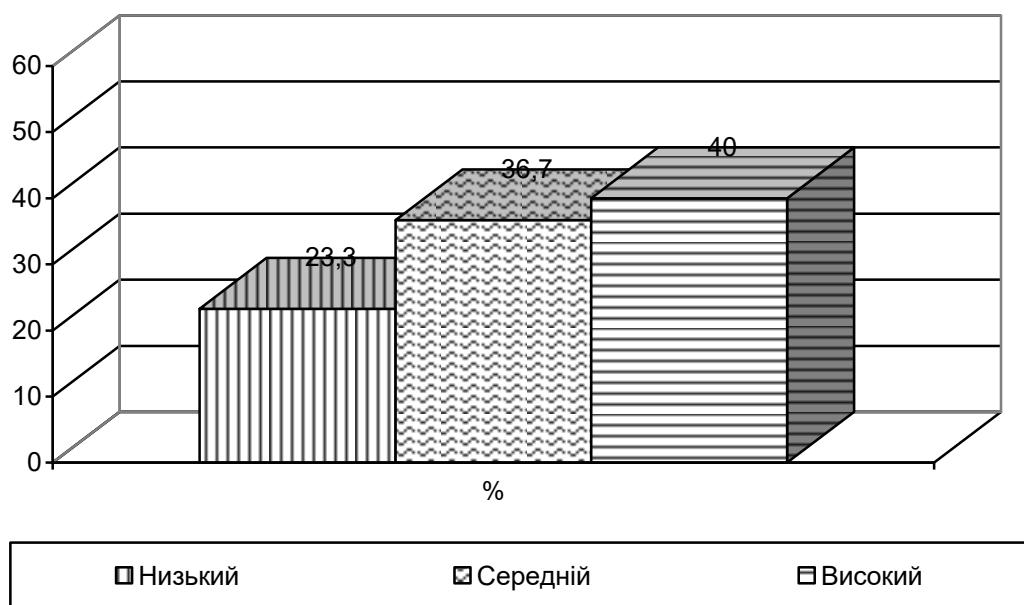


Рис. 2.7. Результати опитування педагогів за «Шкалою тривожності Ч. Спільбергера» (ситуативна тривожність),%

Результати дослідження ситуативної тривожності, представлені на рис. 2.7, показують наступні дані: високий рівень ситуативної тривожності спостерігається у 40% педагогів. Середній рівень тривожності виявлений у 36,7% педагогів. Низький рівень ситуативної тривожності відзначається лише у 10% педагогів. Таким чином, більшість педагогів демонструють високий рівень ситуативної тривожності, що може свідчити про їхню підвищену чутливість до конкретних стресових ситуацій. Ці дані підкреслюють важливість розробки стратегій для зниження ситуативної тривожності та адаптації педагогів до стресових умов.

Своєю чергою, результати дослідження особистісної тривожності, відображені на рис. 2.8, демонструють наступну картину: високий рівень особистісної тривожності переважає у 56,7% педагогів. Середній рівень особистісної тривожності виявлений у 33,3% педагогів. Низький рівень особистісної тривожності спостерігається у 10% педагогів. Тобто, більшість педагогів демонструють високий рівень особистісної тривожності, що свідчить про стійкі тенденції до переживання тривоги, пов'язаної з їхніми

індивідуальними особливостями. Це вказує на необхідність формування у них навичок саморегуляції та роботи з хронічними тривожними станами.

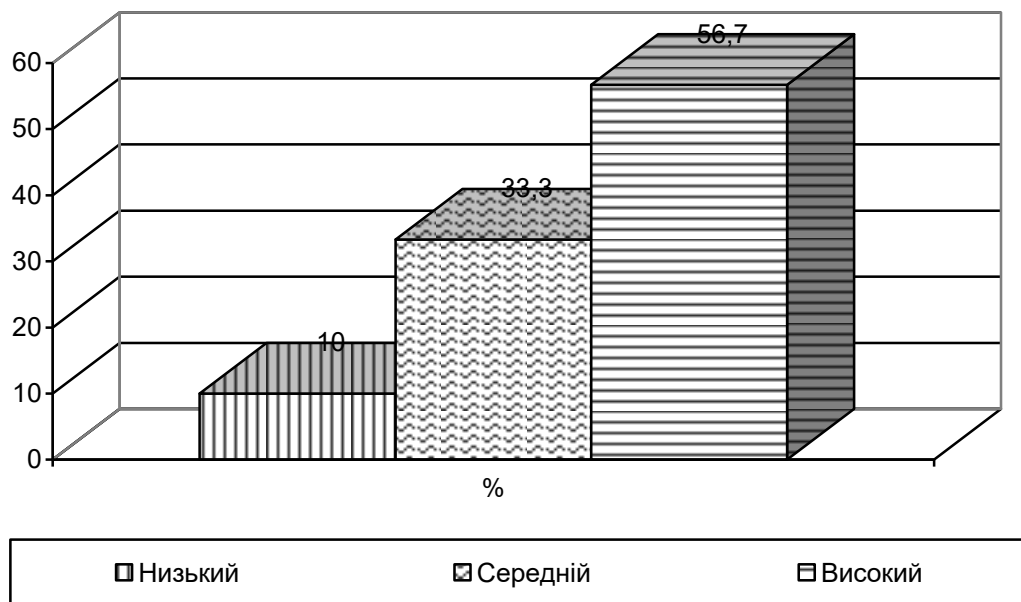


Рис. 2.8. Результати опитування педагогів за «Шкалою тривожності Ч.Спілбергера» (особистісна тривожність),%

Наступна частина емпіричного дослідження мала на меті виявити частоту психосоматичних проявів у опитаних нами педагогів. Для цього було використано тест «PHQ-15».

Наочно результати опитування педагогів за «PHQ-15» представлено на рис. 2.9.

Опитування педагогів за тестом «PHQ-15» виявило, що 46,6% з них мають високий рівень прояву соматичних симптомів. Також 36,7% педагогів мають середній рівень прояву соматичних симптомів, а у 16,7% педагогів – низький рівень прояву соматичних симптомів. Мінімального рівня прояву соматичних симптомів серед педагогів не виявлено.

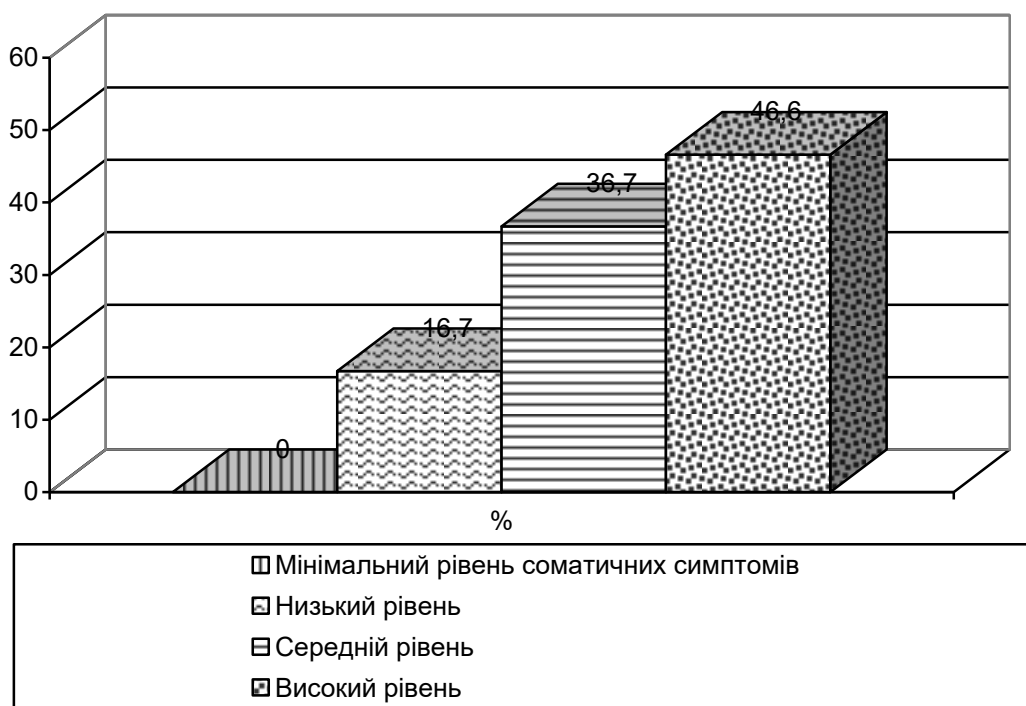


Рис. 2.9. Результати опитування педагогів за «PHQ-15», %

Таким чином, результати дослідження свідчать про наявність взаємозв'язку між рівнем тривожності та соматичними проявами. Високі показники соматичних симптомів, імовірно, пов'язані з підвищеною особистісною та ситуативною тривожністю, яка зумовлює постійне психоемоційне напруження. Під впливом хронічної тривоги активується вегетативна нервова система, що сприяє появі фізичних відчуттів – головного болю, розладів сну, серцебиття, болю у шлунку чи м'язах.

Результати тесту «PHQ-15» за проявом кожного симптому представлено у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Результати тесту «PHQ-15» за проявом кожного симптому

| Симптом                          | Кількість виборів | %    |
|----------------------------------|-------------------|------|
| Біль у шлунку                    | 10                | 33,3 |
| Біль у спині                     | 16                | 53,3 |
| Біль у руках, ногах або суглобах | 17                | 56,7 |
| Менструальні болі (для жінок)    | 12                | 40,0 |
| Головні болі                     | 22                | 73,3 |
| Біль у грудях                    | 6                 | 20,0 |
| Запаморочення                    | 13                | 43,3 |

|                                                                       |    |      |
|-----------------------------------------------------------------------|----|------|
| Відчуття непритомності або слабкість                                  | 5  | 16,7 |
| Прискорене серцебиття або сильне биття серця                          | 8  | 26,7 |
| Задишка                                                               | 3  | 10,0 |
| Утруднення під час ковтання або «ком у горлі»                         | 4  | 13,3 |
| Проблеми зі шлунково-кишковим трактом (нудота, здуття, діарея, запор) | 8  | 26,7 |
| Порушення сну                                                         | 23 | 76,7 |
| Відчуття постійної втоми                                              | 20 | 66,7 |
| Проблеми з сексуальним бажанням або функцією                          | 3  | 10,0 |

Таким чином, згідно з результатами опитування, найбільш поширеними психосоматичними проявами серед педагогів виявилися:

1. Порушення сну – 76,7%. Це найбільш частий симптом, що свідчить про високий рівень емоційного напруження та тривожності. Недостатній або фрагментований сон підсилює втому, знижує стресостійкість та сприяє появі інших соматичних симптомів.

2. Головні болі – 73,3%. Високий рівень головного болю може бути наслідком постійної психоемоційної напруги, перевтоми та хронічного стресу, що тісно пов'язано з тривожністю.

3. Відчуття постійної втоми – 66,7%. Симптом вказує на емоційне виснаження та низьку відновлювальну здатність організму. Його поява часто супроводжується високим рівнем тривожності, оскільки тривога збільшує психофізіологічне навантаження.

4. Біль у руках, ногах або суглобах – 56,7% та біль у спині – 53,3% М'язово-скелетні болі є типовим проявом соматизації емоційного стресу. Вони можуть виникати через хронічне напруження м'язів, що часто асоціюється з підвищеною тривожністю та фізичною перевантаженістю.

5. Біль у шлунку – 33,3%, менструальні болі – 40,0%, запаморочення – 43,3%. Ці симптоми відображають вплив тривоги на вегетативну нервову систему та роботу травної та серцево-судинної систем. Вони демонструють, як психоемоційний стан трансформується у фізичні прояви.

Менш поширені симптоми включають: біль у грудях – 20,0%; прискорене серцебиття – 26,7%; задишка – 10,0%; утруднення під час ковтання

або «ком у горлі» – 13,3%; проблеми з сексуальним бажанням – 10,0%; відчуття неприємності або слабкість – 16,7%. Незважаючи на меншу частоту, ці симптоми можуть сигналізувати про виражену психофізіологічну реакцію на тривогу.

Отже, найбільш вразливі системи організму – це нервова система (порушення сну, головний біль, втома), м'язово-скелетна система (біль у спині, суглобах), травна система (шлунок, запаморочення). Результати свідчать про тісний зв'язок тривожності з соматичними проявами: високий рівень психоемоційного напруження проявляється через фізичні симптоми. Більшість симптомів (сон, втома, головний біль, м'язові болі) належать до типових проявів хронічної тривоги та професійного стресу у педагогів.

Останньою методикою, обраною нами для опитування, стала «Анкета пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9)».

Наочно результати опитування педагогів за цією анкетой представлено на рис. 2.10.

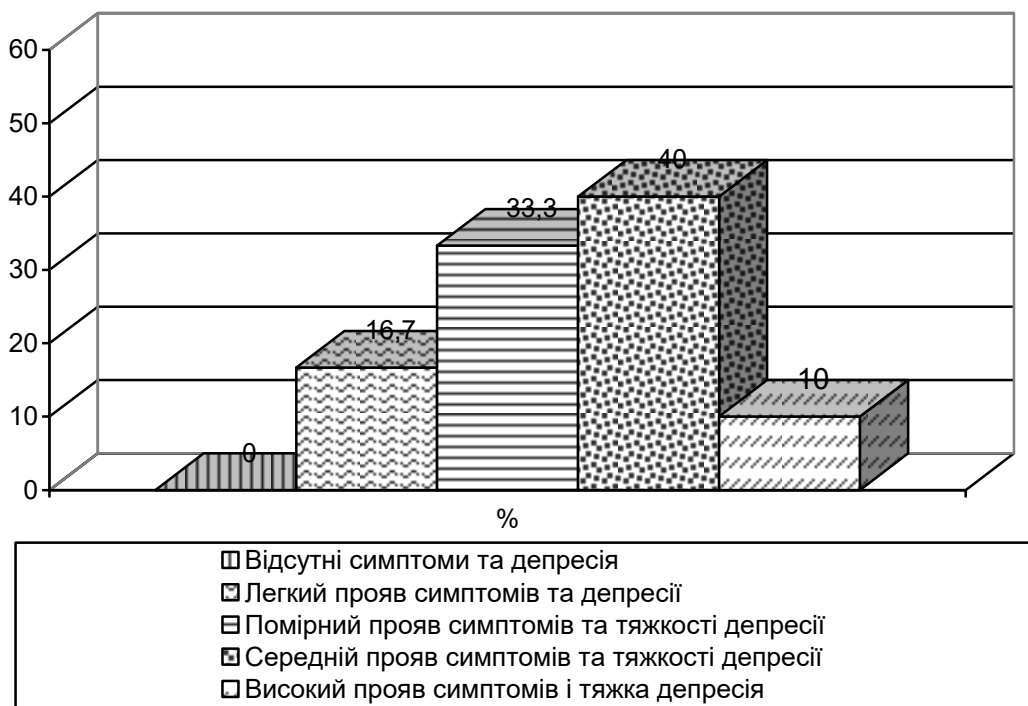


Рис. 2.10. Результати опитування педагогів за «PHQ-9», %

Згідно з даними опитування, серед педагогів спостерігається різний рівень прояву депресивних симптомів:

1. Відсутні симптоми та депресія – 0%. Це свідчить про те, що серед опитаних педагогів немає осіб без хоча б мінімальних проявів депресивних симптомів, тобто, навіть у педагогів із найнижчим рівнем психоемоційного навантаження є певні ознаки психологічного дискомфорту.

2. Легкий прояв симптомів та депресії – 16,7%. Невелика частка педагогів має легкі прояви депресії, які, ймовірно, пов'язані з тимчасовими стресовими ситуаціями або підвищеною робочою навантаженістю.

3. Помірний прояв симптомів та тяжкості депресії – 33,3%. Значна частка педагогів демонструє помірні депресивні прояви, що можуть включати пригніченість, зниження активності, порушення сну та втому. Це свідчить про вплив тривожності та на повсякденне самопочуття та ефективність роботи.

4. Середній прояв симптомів та тяжкості депресії – 40%. Найбільша група педагогів знаходиться у категорії середнього рівня депресивних симптомів, що вказує на поширеність психоемоційного виснаження та тривожності серед професійної спільноти. Ця група найбільш вразлива до розвитку психосоматичних проявів та емоційного вигорання.

5. Високий прояв симптомів і тяжка депресія – 10%. Менша, але значуща частка педагогів має виражені симптоми депресії, що може супроводжуватися серйозними психосоматичними проявами, значним зниженням працездатності та потребує професійної психологічної або медичної підтримки.

Отже, серед педагогів немає осіб без депресивних проявів, що свідчить про високий рівень психоемоційного навантаження в професійній діяльності. Більшість педагогів мають помірні та середні прояви депресії, що може поєднуватися з високим рівнем тривожності та психосоматичними симптомами. Дані свідчать про тісний зв'язок депресивних та тривожних станів із психосоматикою, оскільки емоційне виснаження організму часто трансформується у фізичні прояви – головний біль, порушення сну, м'язові болі, втома.

Результати «Анкети пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9)» за проявом кожного симптому представлено у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

## Результати анкети PHQ-9 за проявом кожного симптому

| Симптом                                                                                          | Кількість виборів | %    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------|
| Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити) | 15                | 50,0 |
| Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності                                        | 16                | 53,3 |
| Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон                                   | 21                | 70,0 |
| Почуття втоми або знесилення (занепад сил)                                                       | 22                | 73,3 |
| Поганий апетит чи навпаки - переїдання                                                           | 6                 | 20,0 |
| Погані (негативні) думки про себе.                                                               | 8                 | 26,7 |
| Труднощі концентрації уваги                                                                      | 10                | 33,3 |
| Надмірно повільні або метушливі (збуджені) рухи                                                  | 0                 | 0    |
| Суїцидальні думки                                                                                | 0                 | 0    |

Опитування педагогів за «Анкетою пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9)» дало змогу виявити основні симптоми емоційного виснаження, тривожності та депресивних тенденцій, характерних для представників педагогічної професії.

1. Почуття втоми або знесилення – 73,3%. Це найчастіший симптом серед опитаних педагогів. Він свідчить про високий рівень психоемоційного та фізичного перевантаження, що може бути наслідком тривалої роботи у стресових умовах, великої відповідальності та недостатнього відпочинку. Постійне відчуття втоми часто є проявом хронічної тривоги або депресивного стану, коли організм виснажується через тривале напруження.

2. Труднощі із засинанням або переривчастий сон – 70,0%. Порушення сну є типовою реакцією на емоційне перенапруження і тривожність. Нездатність якісно відпочити підсилює втому, знижує концентрацію уваги та сприяє виникненню соматичних симптомів, таких як головний біль, біль у м'язах, розлади травлення.

3. Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності – 53,3%. Понад половина педагогів відчувають емоційне зниження, що може бути наслідком емоційного вигорання, високої тривожності та недостатньої

соціальної підтримки. Цей показник підтверджує, що значна частина педагогів перебуває у стані емоційного виснаження, який впливає на професійне самопочуття.

4. Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ – 50,0%. Втрата інтересу до повсякденних занять – важливий симптом зниження мотивації та емоційного вигорання. Це також ознака того, що педагоги можуть переживати внутрішню апатію та емоційну відстороненість, характерну для депресивних станів.

5. Труднощі концентрації уваги – 33,3%. Кожен третій педагог має труднощі з концентрацією, що може бути наслідком постійної втоми, тривожності та порушення сну. Така тенденція негативно впливає на продуктивність роботи та здатність ефективно взаємодіяти з учнями.

6. Погані думки про себе – 26,7%. Цей показник свідчить про зниження самооцінки та появу внутрішньої критики, що також є типовими проявами тривожних і депресивних розладів.

7. Поганий апетит або переїдання – 20,0%. Порушення апетиту може бути як психофізіологічною реакцією на тривогу, так і способом зняття емоційного напруження через зміну харчової поведінки.

8. Надмірно повільні або збуджені рухи, а також суїцидальні думки – 0%. Відсутність цих проявів є позитивним показником, що свідчить про відсутність тяжких депресивних розладів серед педагогів. Проте високі рівні втоми, порушення сну і зниження настрою можуть сигналізувати про ризик їх подальшого розвитку.

Отримані дані свідчать про переважання помірних і виражених симптомів емоційного виснаження та тривожності серед педагогів. Найпоширенішими є втома, порушення сну, пригніченість і зниження інтересу до діяльності, що вказує на формування депресивно-тривожного стану психосоматичного типу. Симптоми мають взаємопов'язаний характер: хронічна тривога → порушення сну → втома → емоційне виснаження → соматичні прояви.

Відповідно до проаналізованих рівнів загальної тривожності, ситуативної

тривожності, особистісної тривожності та частоти психосоматичних проявів, можна зробити припущення про їх взаємозв'язок. На основі цього визначаємо гіпотезу дослідження, яка полягає в припущенні зв'язку між високим рівнем тривожності та частотою психосоматичних проявів. Доведемо поставлену гіпотезу засобами математичної статистики. На основі зведених даних дослідження за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона проведено кореляційний аналіз.

Найбільш значущі зв'язки, виявлені під час кореляційного аналізу між загальним рівнем тривожності (за тестом GAD-7) та частотою психосоматичних проявів приведені в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Результати кореляційного аналізу між аналізу між загальним рівнем тривожності (за тестом GAD-7) та частотою різних психосоматичних проявів

| Симптом/рівень                                                        | Коефіцієнт кореляції Пірсона (r) |          |         |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------|---------|
|                                                                       | Рівень тривожності               |          |         |
|                                                                       | Високий                          | Середній | Низький |
| Біль у шлунку                                                         | 0,131*                           | 0,028*   | -0,105  |
| Біль у спині                                                          | 0,152                            | -0,093   | -0,211* |
| Біль у руках, ногах або суглобах                                      | 0,116                            | 0,034    | -0,087  |
| Менструальні болі (для жінок)                                         | 0,198                            | 0,076    | -0,056* |
| Головні болі                                                          | 0,624**                          | 0,167    | -0,202  |
| Біль у грудях                                                         | 0,139                            | 0,018    | -0,142* |
| Запаморочення                                                         | 0,068                            | 0,042    | 0,006   |
| Відчуття непритомності або слабкості                                  | 0,246*                           | 0,151    | -0,073  |
| Прискорене серцебиття або сильне биття серця                          | 0,174                            | 0,086    | 0,013   |
| Задишка                                                               | 0,261                            | 0,125    | 0,049   |
| Утруднення під час ковтання або «ком у горлі»                         | 0,213                            | 0,119    | -0,042* |
| Проблеми зі шлунково-кишковим трактом (нудота, здуття, діарея, запор) | 0,277                            | 0,139    | -0,064* |
| Порушення сну                                                         | 0,663**                          | 0,247    | 0,011   |
| Відчуття постійної втоми                                              | 0,0                              | 0,619**  | 0,329   |
| Проблеми з сексуальним бажанням або функцією                          | 0,082                            | 0,039    | -0,026  |

\*\* - тіснота кореляційного зв'язку підтверджується із надійністю 99%

\* - тіснота кореляційного зв'язку підтверджується із надійністю 95%

Проведений кореляційний аналіз дозволив встановити наявність сильних прямих зв'язків між рівнем тривожності педагогів та вираженістю низки психосоматичних проявів. Нами виявлені ключові кореляційні залежності:

1. Сильний зв'язок між високою тривожністю та фізіологічними порушеннями. Виявлено сильний прямий кореляційний зв'язок між високим рівнем тривожності та схильністю до порушень сну ( $r = 0,663$ ). Це свідчить про те, що чим вищий рівень неспокою та внутрішньої напруги, тим значнішими є проблеми із засинанням, якістю та тривалістю сну.

Аналогічний сильний прямий зв'язок зафіксовано між високою тривожністю та частотою головних болів ( $r = 0,624$ ). Даний показник вказує на те, що надмірне емоційне навантаження та напруга конвертуються у тілесні симптоми, зокрема у хронічні цефалгії.

2. Сильний зв'язок між середньою тривожністю та виснаженням. Встановлено сильний прямий кореляційний зв'язок між середнім рівнем тривожності та відчуттям постійної втоми ( $r = 0,619$ ). Це підкреслює, що навіть помірний, але тривалий рівень тривожності призводить до стійкого психофізичного виснаження (синдрому хронічної втоми) у педагогів.

Ці результати наочно демонструють, що рівень тривожності є значущим показником вираженості психосоматичних проявів у педагогів. Найбільш виражені та клінічно значущі симптоми (порушення сну та головні болі) характерні для групи з високим рівнем тривожності.

Найбільш значущі зв'язки, виявлені під час кореляційного аналізу між рівнем ситуативної тривожності та частотою психосоматичних проявів приведені в таблиці 2.6. Проведений кореляційний аналіз дозволив встановити наявність сильних прямих зв'язків між високим рівнем ситуативної тривожності педагогів та вираженістю низки психосоматичних проявів.

Таблиця 2.6

Результати кореляційного аналізу між рівнем ситуативної тривожності та частотою різних психосоматичних проявів

| Симптом/рівень                                                        | Коефіцієнт кореляції Пірсона (r) |          |         |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------|---------|
|                                                                       | Рівень тривожності               |          |         |
|                                                                       | Високий                          | Середній | Низький |
| Біль у шлунку                                                         | 0,205                            | 0,167    | 0,017   |
| Біль у спині                                                          | 0,361                            | 0,249    | 0,077   |
| Біль у руках, ногах або суглобах                                      | 0,420*                           | 0,341    | 0,083*  |
| Менструальні болі (для жінок)                                         | 0,451                            | 0,337    | 0,141   |
| Головні болі                                                          | 0,602**                          | 0,462    | 0,159   |
| Біль у грудях                                                         | 0,319                            | 0,233    | 0,135   |
| Запаморочення                                                         | 0,327*                           | 0,190    | 0,108   |
| Відчуття непритомності або слабкості                                  | 0,251                            | 0,181    | 0,013   |
| Прискорене серцебиття або сильне биття серця                          | 0,438*                           | 0,267    | 0,187*  |
| Задишка                                                               | 0,218                            | 0,146    | 0,094   |
| Утруднення під час ковтання або «ком у горлі»                         | 0,306*                           | 0,172    | 0,043   |
| Проблеми зі шлунково-кишковим трактом (нудота, здуття, діарея, запор) | 0,668*                           | 0,343    | 0,159   |
| Порушення сну                                                         | 0,382                            | 0,184    | 0,105   |
| Відчуття постійної втоми                                              | 0,437                            | 0,280    | 0,136*  |
| Проблеми з сексуальним бажанням або функцією                          | 0,409                            | 0,381    | 0,117** |

\*\* - тіснота кореляційного зв'язку підтверджується із надійністю 99%

\* - тіснота кореляційного зв'язку підтверджується із надійністю 95%

Нами виявлені ключові кореляційні залежності:

1. Проблеми зі шлунково-кишковим трактом (ШКТ). Встановлено сильний прямий кореляційний зв'язок між високим рівнем ситуативної тривожності та проблемами ШКТ ( $r = 0,668$ ). Це найвищий показник кореляції у вибірці, який свідчить про те, що саме шлунково-кишковий тракт є найчутливішою системою, яка гостро реагує на емоційну напругу, пов'язану з поточною діяльністю та ситуативним стресом. Чим гостріше педагог переживає тривогу, тим більш вираженими є функціональні порушення травлення.

2. Головні болі. Виявлено сильний прямий кореляційний зв'язок між високим рівнем ситуативної тривожності та частотою головних болів ( $r = 0,602$ ). Це підкреслює, що невідреагована напруга, пов'язана з робочими ситуаціями (конфлікти, наради, відкриті уроки), призводить до м'язового спазму та судинних реакцій, що проявляється у вигляді головного болю напруги.

Отримані дані чітко вказують на те, що педагоги з високою ситуативною тривожністю схильні до соматизації свого емоційного стану, причому цей процес відбувається швидко та інтенсивно. Найбільш вираженими мішенями стресу виступають нервова система (головні болі) та вегетативна система (порушення роботи ШКТ).

Найбільш значущі зв'язки, виявлені під час кореляційного аналізу між рівнем особистісної тривожності та частотою психосоматичних проявів наведені в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Результати кореляційного аналізу між рівнем особистісної тривожності та частотою різних психосоматичних проявів

| Симптом/рівень                                                        | Коефіцієнт кореляції Пірсона (r) |          |         |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------|---------|
|                                                                       | Рівень тривожності               |          |         |
|                                                                       | Високий                          | Середній | Низький |
| Біль у шлунку                                                         | 0,672**                          | 0,294    | 0,125   |
| Біль у спині                                                          | 0,305                            | 0,167    | 0,083   |
| Біль у руках, ногах або суглобах                                      | 0,421                            | 0,216    | 0,110   |
| Менструальні болі (для жінок)                                         | 0,309                            | 0,145    | 0,089   |
| Головні болі                                                          | 0,216*                           | 0,079    | -0,022  |
| Біль у грудях                                                         | 0,361                            | 0,181    | 0,076   |
| Запаморочення                                                         | 0,0                              | 0,603**  | 0,371   |
| Відчуття непритомності або слабкості                                  | 0,380                            | 0,213    | 0,140   |
| Прискорене серцебиття або сильне биття серця                          | 0,414                            | 0,192    | 0,037   |
| Задишка                                                               | 0,378                            | 0,288    | 0,072   |
| Утруднення під час ковтання або «ком у горлі»                         | 0,245                            | 0,121    | -0,019  |
| Проблеми зі шлунково-кишковим трактом (нудота, здуття, діарея, запор) | 0,231                            | 0,108    | -0,023  |
| Порушення сну                                                         | 0,629**                          | 0,252    | 0,104   |
| Відчуття постійної втоми                                              | 0,318                            | 0,156    | 0,069   |
| Проблеми з сексуальним бажанням або функцією                          | 0,286                            | 0,144    | -0,014  |

\*\* - тіснота кореляційного зв'язку підтверджується із надійністю 99%

\* - тіснота кореляційного зв'язку підтверджується із надійністю 95%

Проведений кореляційний аналіз виявив сильні прямі кореляційні зв'язки між високим рівнем особистісної тривожності педагогів та низкою стійких психосоматичних симптомів. Нами виявлені ключові кореляційні залежності:

1. Порушення шлунково-кишкового тракту (біль у шлунку). Зафіксовано сильний прямий кореляційний зв'язок між високим рівнем особистісної тривожності та болем у шлунку ( $r = 0,672$ ). Цей показник свідчить про те, що хронічний, фоновий рівень неспокою, притаманний особистості, призводить до стійких спазмів та порушень функції ШКТ, перетворюючись на хронічну соматичну проблему.

2. Порушення сну. Встановлено сильний прямий кореляційний зв'язок між високим рівнем особистісної тривожності та проблемами зі сном ( $r = 0,629$ ). Це підтверджує, що постійне емоційне напруження, яке людина несвідомо несе із собою, ускладнює процеси релаксації та відновлення, що проявляється у хронічному недосипанні або низькій якості сну.

3. Запаморочення. Виявлено сильний прямий кореляційний зв'язок між середнім рівнем тривожності та схильністю до запаморочень ( $r = 0,603$ ). Це цікавий результат, який може вказувати на те, що навіть помірний, але стійкий рівень тривоги достатній для порушення вегетативної регуляції та кровообігу (вегето-судинна дистонія або хронічна гіпервентиляція), що проявляється у відчутті запаморочення.

Отримані дані підтверджують, що особистісна тривожність є фундаментальним фактором у формуванні хронічних психосоматичних розладів, які охоплюють вегетативну нервову систему (ШКТ, сон) та неврологічні прояви (запаморочення).

Найбільш значущі зв'язки, виявлені під час кореляційного аналізу між загальним рівнем тривожності (за тестом GAD-7) та інтенсивністю соматичних симптомів і симптомів депресії приведені в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Результати кореляційного аналізу між загальним рівнем тривожності та інтенсивністю соматичних симптомів і симптомів депресії

| Симптом/рівень                                                                                   | Коефіцієнт кореляції Пірсона (r) |          |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------|---------|
|                                                                                                  | Рівень тривожності               |          |         |
|                                                                                                  | Високий                          | Середній | Низький |
| Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити) | 0,252                            | 0,136    | 0,058*  |
| Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності                                        | 0,265                            | 0,144    | 0,037   |
| Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон                                   | 0,616**                          | 0,439    | 0,196   |
| Почуття втоми або знесилення (занепад сил)                                                       | 0,187                            | 0,085    | -0,007* |
| Поганий апетит чи навпаки - переїдання                                                           | 0,221*                           | 0,134    | -0,055  |
| Погані (негативні) думки про себе.                                                               | 0,146                            | 0,029    | -0,067* |
| Труднощі концентрації уваги                                                                      | 0,638**                          | 0,357    | 0,125   |
| Надмірно повільні або метушливі (збуджені) рухи                                                  | 0,255*                           | 0,132    | 0,051   |
| Суїцидальні думки                                                                                | 0,105                            | 0,026    | -0,031* |

\*\* - тіснота кореляційного зв'язку підтверджується із надійністю 99%

\* - тіснота кореляційного зв'язку підтверджується із надійністю 95%

Проведений кореляційний аналіз підтвердив наявність сильних прямих зв'язків між високим рівнем тривожності педагогів та двома ключовими сферами, необхідними для ефективної професійної діяльності: якістю сну та когнітивними функціями.

1. Порушення сну як основний наслідок тривожності. Встановлено сильний прямий кореляційний зв'язок між високим рівнем тривожності та загальною дезорганізацією сну ( $r = 0,616$ ). Ця залежність охоплює низку симптомів:

- труднощі із засинанням, що свідчить про нездатність психіки «вимкнути» внутрішній діалог і напругу перед сном;
- переривчастий сон (часті пробудження), що вказує на постійну активацію нервової системи навіть під час відпочинку;
- занадто тривалий сон, що може бути ознакою постійного відчуття втоми та нездатності досягти повноцінного відновлення.

2. Зниження когнітивних функцій. Зафіксовано сильний прямий кореляційний зв'язок між високим рівнем тривожності та труднощами

концентрації уваги ( $r = 0,638$ ). Цей показник є критично важливим, оскільки висока тривожність призводить до:

- переживання одних і тих самих думок, що перешкоджає зосередженню на робочих завданнях;
- швидкої виснажуваності уваги, безпосередньо спричиненої порушеннями сну та постійною внутрішньою напругою.

Отримані дані демонструють, що високий рівень тривожності створює порочне коло: емоційне напруження руйнує нормальний сон, а дефіцит сну, своєю чергою, критично знижує здатність до концентрації уваги та ефективного виконання педагогічних обов'язків.

Найбільш значущі зв'язки, виявлені під час кореляційного аналізу між рівнем ситуативної тривожності та інтенсивністю соматичних симптомів і симптомів депресії приведені в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9

Результати кореляційного аналізу між рівнем ситуативної тривожності та інтенсивністю соматичних симптомів і симптомів депресії

| Симптом/рівень                                                                                   | Коефіцієнт кореляції Пірсона (r) |          |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------|---------|
|                                                                                                  | Рівень тривожності               |          |         |
|                                                                                                  | Високий                          | Середній | Низький |
| Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити) | 0,175*                           | 0,040    | -0,092  |
| Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності                                        | 0,632**                          | 0,439    | 0,175   |
| Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон                                   | 0,307                            | 0,215    | 0,092*  |
| Почуття втоми або знесилення (занепад сил)                                                       | 0,318                            | 0,141    | 0,013*  |
| Поганий апетит чи навпаки - переїдання                                                           | 0,274                            | 0,152    | 0,063   |
| Погані (негативні) думки про себе.                                                               | 0,248                            | 0,102    | 0,028   |
| Труднощі концентрації уваги                                                                      | 0,190                            | 0,029    | -0,006  |

Продовження табл. 2.9

| Симптом/рівень | Коефіцієнт кореляції Пірсона (r) |          |         |
|----------------|----------------------------------|----------|---------|
|                | Рівень тривожності               |          |         |
|                | Високий                          | Середній | Низький |

|                                                 |       |       |         |
|-------------------------------------------------|-------|-------|---------|
| Надмірно повільні або метушливі (збуджені) рухи | 0,283 | 0,162 | 0,014   |
| Суїцидальні думки                               | 0,190 | 0,031 | -0,040* |

\*\* - тіснота кореляційного зв'язку підтверджується із надійністю 99%

\* - тіснота кореляційного зв'язку підтверджується із надійністю 95%

Проведений кореляційний аналіз виявив сильний прямий кореляційний зв'язок між високим рівнем ситуативної тривожності педагогів та негативною емоційною симптоматикою ( $r = 0,632$ ). Це свідчить про те, що емоційна напруга, викликана гострими стресовими чинниками в робочому середовищі, безпосередньо призводить до короточасних, але інтенсивних проявів емоційної дезадаптації. Ключові прояви:

1. Поганий настрій та пригніченість. Ці ознаки вказують на те, що ситуативна тривожність швидко виснажує емоційні ресурси, викликаючи почуття смутку та втрати позитивного емоційного фону. Замість мобілізації, гострий стрес призводить до емоційної реакції, схожої на субдепресивний стан.

2. Відчуття безпорадності. Кореляція цього симптому з ситуативною тривожністю є особливо значущою. Вона відображає відчуття втрати контролю над поточною ситуацією. Якщо педагог не може ефективно керувати виникаючими робочими проблемами (ситуативним стресом), це швидко переростає у відчуття власної некомпетентності або безсилля.

Отримані дані підкреслюють, що ситуативна тривожність не обмежується лише фізичними проявами (як ми бачили раніше), але й має потужний вплив на психологічне благополуччя, викликаючи негативні афективні стани.

Найбільш значущі зв'язки, виявлені під час кореляційного аналізу між рівнем особистісної тривожності та інтенсивністю соматичних симптомів і симптомів депресії приведені в таблиці 2.10.

Таблиця 2.10

Результати кореляційного аналізу між рівнем особистісної тривожності та інтенсивністю соматичних симптомів і симптомів депресії

| Симптом/рівень | Коефіцієнт кореляції Пірсона ( $r$ ) |
|----------------|--------------------------------------|
|                | Рівень тривожності                   |

|                                                                                                  | Високий | Середній | Низький |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|---------|
| Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити) | 0,601** | 0,314    | 0,138   |
| Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності                                        | 0,289   | 0,134    | 0,067*  |
| Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон                                   | 0,262   | 0,106    | 0,011   |
| Почуття втоми або знесилення (занепад сил)                                                       | 0,0     | 0,619**  | 0,484   |
| Поганий апетит чи навпаки - переїдання                                                           | 0,352   | 0,171    | 0,055*  |
| Погані (негативні) думки про себе.                                                               | 0,322   | 0,127*   | 0,042   |
| Труднощі концентрації уваги                                                                      | 0,382   | 0,216*   | 0,121   |
| Надмірно повільні або метушливі (збуджені) рухи                                                  | 0,247   | 0,113    | 0,002   |
| Суїцидальні думки                                                                                | 0,316   | 0,194    | 0,052   |

\*\* - тіснота кореляційного зв'язку підтверджується із надійністю 99%

\* - тіснота кореляційного зв'язку підтверджується із надійністю 95%

Проведений кореляційний аналіз підтвердив, що високий та середній рівні тривожності педагогів асоціюються з ключовими маркерами емоційного та професійного вигорання, які впливають на мотивацію та фізичний стан. Виявлено ключові кореляційні залежності:

1. Вплив на мотиваційно-вольову сферу. Встановлено сильний прямий кореляційний зв'язок між високим рівнем особистісної тривожності та дуже низькою зацікавленістю або задоволенням від звичайних справ (відсутність бажання щось робити) ( $r = 0,601$ ). Цей показник вказує на наявність ангедонії – одного з центральних симптомів вигорання та депресії. Хронічна особистісна тривога виснажує емоційні резерви, що призводить до втрати здатності відчувати радість та втрати інтересу до професійного та особистого життя.

2. Висока залежність від втоми. Зафіксовано сильний прямий кореляційний зв'язок між середнім рівнем тривожності та відчуттям постійної втоми або знесилення ( $r = 0,619$ ). Такий високий коефіцієнт вказує на те, що навіть помірна, але стійка тривожність майже лінійно обумовлює занепад сил. Це є центральним компонентом синдрому емоційного вигорання, де психічна енергія постійно витрачається на внутрішню боротьбу з тривогою, залишаючи тіло без ресурсів для виконання щоденних завдань.

Отримані дані демонструють, що особистісна тривожність є фундаментальним фактором, який не просто викликає фізичні симптоми, але й підриває життєву мотивацію та енергетичний баланс педагогів. Це є прямим підтвердженням того, що тривожність є критичним фактором формування професійного вигорання у даної групи фахівців.

У підсумку відзначимо, що проведений кореляційний аналіз між рівнем тривожності (особистісної та ситуативної) та частотою й інтенсивністю психосоматичних проявів у педагогів виявив сильні та статистично значущі прямі зв'язки, що підтверджують гіпотезу про значний вплив тривоги на фізичне та психологічне здоров'я педагогів. Так, високий рівень особистісної тривожності (як стійкої риси особистості) корелює з хронічними проблемами та ознаками вигорання (біль у шлунку, порушення сну, низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ, хронічна втома). Своєю чергою, високий рівень ситуативної тривожності (як реакція на поточний стрес) корелює з гострими фізичними та емоційними реакціями: головними болями, проблемами зі шлунково-кишковим трактом, поганим настроєм, пригніченістю та відчуттям безпорадності. Загальний високий рівень тривожності чинить значний негативний вплив на когнітивні процеси – порушення сну та уваги.

### **2.3. Психологічні умови стабілізації психосоматичних проявів у осіб з тривожністю**

Проблема пошуку ефективних шляхів корекції та профілактики тривожності є надзвичайно актуальною на сьогоднішній день. У зв'язку з цим Л. Царенко виділяє три взаємозалежні напрямки роботи для зниження тривожності:

1. Безпосередня індивідуальна робота. Профілактика повинна бути орієнтована на оптимізацію сфер, що збігаються з «віковими піками» тривожності, тоді як психокорекція має цілеспрямовано працювати із «зонами вразливості», характерними для конкретної особистості.

2. Психологічна освіта. Цей напрямок передбачає пояснення людині причин і наслідків тривожності, а також навчання дорослих ефективним способам подолання тривожності у дітей та методам допомоги дітям в оволодінні цими навичками.

3. Створення сприятливої психологічної атмосфери. Необхідно забезпечити таке середовище, яке сприятиме формуванню у людини відчуття захищеності та міжособистісної надійності. Важливим елементом у подоланні тривожності є також вироблення індивідуальних ефективних моделей поведінки для найбільш складних життєвих ситуацій [68, с. 486].

Робота, спрямована на подолання тривожності, має здійснюватися на трьох взаємопов'язаних рівнях, кожен з яких впливає на інші:

1. Навчально-технічний рівень. Фокусується на прямому навчанні індивіда прийомам і методам, які дозволяють ефективно оволодіти власним хвилюванням та знизити підвищену тривожність.

2. Операційно-функціональний рівень. Передбачає розширення функціональних та операційних можливостей людини. Це досягається через формування необхідного «запасу міцності» – набуття знань, умінь та навичок, що сприяють підвищенню результативності її діяльності.

3. Особистісно-середовищний рівень. Стосується перебудови ключових особливостей особистості, зокрема самооцінки та мотивації. Паралельно з цим, необхідно проводити роботу з оточенням людини, щоб забезпечити сприятливу взаємодію і залучити значущих осіб до процесу корекції [68, с. 488].

О. Смілянець експериментально довела, що значимими предикторами результату важливого випробування для людини виступають загальний розвиток усвідомленої саморегуляції у виконуваній діяльності й рівень оцінної тривожності. Усвідомлена саморегуляція знижує негативний вплив оцінної тривожності, що покращує результати випробування (іспиту). Звідси випливає, що психологічна допомога людині, як хвилюється перед важливим

випробуванням, повинна спиратися на розвиток у неї здатності до усвідомленої саморегуляції [52, с. 57].

О.Сорока у корекції високого рівня тривожності пропонує вирішувати наступні завдання:

- навчити людину розподіляти навантаження;
- сформувати вміння виявляти психологічне напруження;
- виробити прийоми створення ситуації успіху [53, с. 129].

В.Панко та І.Ткачук пропонують здійснювати корекцію тривожності за рахунок формування у людини вміння регулювати свій емоційний стан, навчання прийомам саморелаксації, зняття емоційної напруги в стресових ситуаціях, розвитку форм емоційної поведінки та реагування [55, с. 54].

Т.Титаренко пропонує використовувати групові психологічні тренінги з метою розвитку ресурсів такої поведінки, яка допомагає знизити рівень як ситуативної тривожності, так і особистісної [57, с. 87].

О.Турчак довела, що для корекції тривожності необхідно:

- познайомити людину із засобами самопізнання (самоспостереження, рефлексія й т.д. );
- проробити особистісні якості, спрямовані на позитивний і диференційований образ «Я»;
- розвинути комунікативні навички й уміння, які необхідні для впевненої поведінки, подолання труднощів у спілкуванні, у навчальному й іншому видах діяльності;
- навчити способам саморегуляції й конструктивної поведінки у стресових ситуаціях [61, с. 87].

О.Халік пропонує наступні шляхи корекції тривожності:

- «переінтерпретація» симптомів тривожності;
- налаштування на певний емоційний стан;
- приємний спогад;
- використання ролі;
- контроль голосу й жестів;

- посмішка;
- дихання;
- уявне тренування;
- репетиція;
- доведення до абсурду;
- переформулювання завдання [64, с. 17].

С.Чорний пропонує наступні етапи корекційної роботи:

1. Прийняття тривоги. Мета етапу: визнання наявності в себе тривоги як захисної функції психіки.

2. Проживання тривоги. Мета етапу: дослідження свого тривожного стану й тригерів, які його запускають.

3. Посилення тривоги, страху. Мета етапу: навчитися управляти тривогою й страхами, підсилювати й послабляти силу свого стану.

4. Байдужність. Мета етапу: усвідомлення тривоги як власного стану, а не частини свого «Я».

5. Дружба зі страхом, тривогою. Мета етапу: асиміляція отриманого досвіду [73, с. 127].

І.Ясточкіна пропонує принципи психокорекційної роботи з особами зі високим рівнем тривожності:

– принцип єдності діагностики й корекції. Цей принцип припускає, що в зміст програми входить попередня комплексна діагностика, у якій були враховані індивідуально-психологічні особливості;

– принцип комплексності методів психологічного впливу. Цей принцип говорить про необхідність використання усього різноманіття технік, методів і прийомів, що сприяють зниженню тривожності, особливо у ситуації випробування;

– принцип урахування емоційної складової. Мається на увазі, що завдання, ігри й вправи створюють сприятливе емоційне тло, стимулюють позитивні емоції;

– принцип активного залучення найближчого соціального оточення до участі в програмі [76, с. 6].

Для ефективного подолання тривожності та страху пропонується низка взаємодоповнюючих корекційних напрямків, які спрямовані на роботу з емоційним станом, поведінкою та когнітивною сферою. Це:

1. Нарощування позитивного емоційного фону. Якщо індивід перебуває у пригніченому стані та переживає негативні емоції, першочерговим завданням є навчити його відчувати позитивні емоції. Цього можна досягти за допомогою ігрових та інтерактивних методів.

2. Програвання ситуацій страху (ігрова терапія). Це передбачає розігрування у грі ситуації взаємодії з об'єктом тривоги. Це допомагає не лише змінити особистісне ставлення до загрози, але й розрядити кінцеве напруження, яке породжує неадекватний страх у звичайних обставинах. Людина повинна символічно «пограти» у свій страх та відіграти свої емоції, щоб звільнитися від напруги.

3. Емоційне переключення. Марні спроби вмовити себе не тривожитися. Натомість, можна використати механізм переключення: короткою фразою або виразним жестом ніби «відкинути» або «проігнорувати» об'єкт, що лякає, отримуючи таким чином зворотний емоційний результат.

4. Створення емоційного конфлікту. Оскільки тривога та страх є емоційними явищами, їх можна викорінити за допомогою сильнішої емоції. Переконавання розумом неефективні, оскільки тривога – ірраціональна. Вплив повинен бути опосередкованим: або через оволодіння об'єктом страху у спеціально створеній ситуації, або через формування додаткових позитивних емоційних відносин, які витіснять тривогу.

5. Анатомія страху (когнітивна робота): Необхідно раціонально пояснити людині, чим насправді є предмет її тривоги, його походження та складові. Це заповнює «прогалини» у сприйнятті, які зазвичай заповнюються приписуванням цьому предмету небезпечних та ірраціональних якостей.

6. Творче опрацювання (Малювання, штрихування, стирання): Людина може намалювати свій об'єкт страху, а потім себе поруч із ним, але більшою, захищеною або такою, що контролює ситуацію. Це дозволяє символічно боротися зі страхами.

7. Терапія малюванням. Аналіз малюнків дає розуміння внутрішнього світу та переживань. Відсутність позитиву часто відображається у переважанні сірих чи чорних тонів. Через творчий процес людина може інтуїтивно переживати страх і досягати бажаного результату боротьби з ним.

8. Діяльнісна терапія. регулярне залучення до діяльності, що розслаблює та приносить задоволення, є ключовим для саморегуляції та подолання тривожності [91, с. 90].

Таким чином, корекція тривожності – це цілеспрямований, системний, планомірний, поетапний процес, які припускає актуалізацію психологічних механізмів розвитку особистості, урахування вікових особливостей, а також включення оточення людини у психокорекційну роботу.

### **Висновки до другого розділу**

Емпіричне дослідження, здійснене нами у цьому розділі кваліфікаційної роботи, мало а мету вивчити особливості психосоматичних проявів у людей із різним рівнем тривожності та встановити взаємозв'язок між тривожністю і соматичними симптомами.

Безпосередньо у дослідженні взяли участь 30 осіб, усі вони є педагогічними працівниками Миколаївської гімназії №26 ММР Миколаївської області.

Результати тестування педагогів за «Тестом на тривожність GAD-7» свідчать про домінування високого та середнього рівнів тривожності у більшості опитаних. Значна частина педагогів демонструє рівень тривожності, характерний для генералізованого тривожного розладу. Це вказує на наявність значного психологічного напруження у професійній діяльності.

Опитування педагогів за «Шкалою тривожності Ч. Спілбергера» виявило, що більшість з них демонструють високий і середній рівень ситуативної тривожності. Дані свідчать про їхню підвищену чутливість та реактивність на конкретні стресові ситуації та зовнішні загрози. Також результати дослідження показують, що у більшості педагогів переважає високий рівень особистісної тривожності. Це вказує на стійкі тенденції до переживання тривоги, яка пов'язана з їхніми індивідуальними особливостями та схильністю сприймати широкий спектр ситуацій як загрозові.

Опитування педагогів за тестом «PHQ-15» виявило, що переважна більшість опитаних демонструє високий та середній рівень прояву соматичних симптомів. Не виявлено жодного педагога з мінімальним рівнем соматизації. Ці результати чітко вказують на існування взаємозв'язку між підвищеним рівнем тривожності (особистісної та ситуативної) та вираженими фізичними проявами. Постійне психоемоційне напруження, спричинене хронічною тривогою, активує вегетативну нервову систему, що, ймовірно, і призводить до частих фізичних відчуттів (таких як головний біль, порушення сну, розлади травлення та інше).

Результати опитування педагогів за «Анкетою пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9)» вказують на відсутність осіб без депресивних проявів серед опитаних. Більшість педагогів демонструють помірні та середні прояви депресії. Це свідчить про надзвичайно високий рівень психоемоційного навантаження в їхній професійній діяльності. Виявлені депресивні прояви, ймовірно, тісно корелюють з уже встановленими високими рівнями тривожності та соматичних симптомів, оскільки емоційне виснаження часто трансформується у фізичні скарги (втома, головний біль, порушення сну, м'язові болі).

## **РОЗДІЛ 3**

### **НАПРЯМИ КОРЕКЦІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У ОСІБ З ТРИВОЖНІСТЮ**

#### **3.1. Програма корекції психосоматичних проявів у осіб із тривожністю (формувальний етап)**

Зважаючи на отримані дані емпіричного дослідження, вважаємо важливою розробку спеціалізованої програми через тісний взаємозв'язок між високим рівнем тривожності (особистісної та ситуативної) та значною вираженістю соматичних симптомів, які були виявлені у педагогів.

Мета програми – зниження рівня тривожності та нормалізація психосоматичного стану шляхом розвитку навичок саморегуляції, усвідомлення емоційних станів, формування конструктивних стратегій подолання стресу.

Завдання програми:

1. Підвищити рівень психологічної поінформованості про взаємозв'язок між емоційними станами і соматичними симптомами.
2. Сформувати навички усвідомлення тілесних реакцій на тривогу.
3. Розвинути навички релаксації, дихальної та тілесної саморегуляції.
4. Зменшити соматичні прояви через корекцію ірраціональних переконань і негативних думок.
5. Підтримати розвиток ресурсного стану та позитивного емоційного фону.

Тривалість програми: 14 занять (1-2 рази на тиждень, по 60-90 хвилин). Може проводитися індивідуально або в групі (до 10 осіб).

Структура програми наведена у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Структура програми корекції психосоматичних проявів у осіб із  
тривожністю

| Етап                                                                       | Мета етапу                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Очікуваний результат                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Вступний мотиваційний<br><br>1 заняття (60-90 хвилин)                   | 1) створити атмосферу психологічної безпеки та довіри;<br>2) сформуванню позитивну мотивацію до участі в програмі;<br>3) актуалізувати усвідомлення власного стану та причин участі;<br>4) допомогти учасникам прийняти тривогу як сигнал, а не ворога                                                  | 1) зниження початкового рівня тривожності;<br>2) формування атмосфери довіри та прийняття;<br>3) усвідомлення власних емоційних і тілесних станів;<br>4) зміна ставлення до тривоги як до сигналу, а не як до ворога;<br>5) позитивна мотивація до участі в подальших етапах програми.                                                                                                                                                           |
| 2. Психоосвітній<br><br>3 заняття (по 60-90 хвилин)                        | 1) підвищити поінформованість учасників про взаємозв'язок емоцій, мислення й тілесних реакцій;<br>2) навчити спостерігати за своїми тривожними станами без осуду;<br>3) сформуванню основу для подальшої когнітивно-поведінкової корекції.                                                              | 1) розуміння механізму взаємозв'язку між думками, емоціями й тілесними реакціями;<br>2) розвиток навички тілесного самоспостереження;<br>3) зменшення страху перед тілесними симптомами;<br>4) формування початкових умінь контролювати дихання та м'язову напругу;<br>5) зростання відчуття контролю над власним станом.                                                                                                                        |
| 3. Когнітивно-поведінковий<br><br>4 заняття (по 60-90 хвилин)              | 1) навчити учасників усвідомлювати автоматичні думки, що провокують тривогу;<br>2) замінювати ірраціональні переконання на більш реалістичні;<br>3) сформуванню навички саморегуляції поведінки у стресових ситуаціях;<br>4) навчити керувати тілесними реакціями, зменшуючи психосоматичне напруження. | 1) зниження рівня тривоги та психосоматичного напруження.<br>2) усвідомлення автоматичних думок і заміна їх на реалістичні.<br>3) формування навичок дихальної та тілесної саморегуляції.<br>4) підвищення впевненості, відповідальності за власний стан.<br>5) позитивна динаміка у психоемоційній сфері.<br>Цей етап – центральний у програмі; саме тут відбувається зміна способів мислення, сприйняття ситуацій і тілесних реакцій на стрес. |
| 4. Тілесно-орієнтований і релаксаційний<br><br>3 заняття (по 60-90 хвилин) | 1) відновлення зв'язку «тіло – емоції – розум», навчання учасників розпізнавати і знімати тілесне напруження;<br>2) формування індивідуальних способів релаксації;<br>3) закріплення відчуття контролю над тілом і станом спокою                                                                        | 1) зменшення соматичних проявів тривоги (напруга, біль, спазми);<br>2) покращення дихання, сну, рівня енергії;<br>3) формування навички тілесної саморегуляції;<br>4) підвищення рівня тілесної усвідомленості та прийняття;<br>5) стабільне відчуття внутрішнього                                                                                                                                                                               |

|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | спокую і контролю над станом.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 5. Емоційно-креативний<br><br>2 заняття (по 60-90 хвилин) | 1) надання можливості вираження пригнічених емоцій через творчість;<br>2) допомога учасникам трансформувати тривогу у прийнятні форми вираження;<br>3) розвиток навички емоційної регуляції, самоприйняття та самопідтримки;<br>4) формування позитивного емоційного ресурсу.                                                                                    | 1) емоційне розвантаження та зниження рівня тривожності;<br>2) розвиток емоційної усвідомленості;<br>3) посилення почуття внутрішньої безпеки;<br>4) розвиток позитивного образу «Я»;<br>5) покращення міжособистісної взаємодії;<br>6) підвищення рівня емоційного ресурсу та стійкості.                                                                                                                                                     |
| 6. Підсумково-рефлексивний<br><br>1 заняття (60-90 хв.)   | 1) підсумування досвіду, набутих навичок та досягнень у програмі;<br>2) підвищення усвідомлення власного прогресу у регуляції тривоги та психосоматичних проявів;<br>3) сприяння інтеграції нових стратегій поведінки, мислення і саморегуляції в повсякденне життя;<br>4) закріплення внутрішньої мотивації до підтримки психоемоційного та фізичного здоров'я. | 1) усвідомлення власного прогресу у зниженні тривожності та психосоматичних проявів;<br>2) закріплення навичок саморегуляції (когнітивні, тілесні, емоційні);<br>3) підвищення самоприйняття, позитивного ставлення до себе та власного тіла;<br>4) формування внутрішнього ресурсу і стратегії підтримки психоемоційного стану;<br>5) підвищення мотивації до подальшого саморозвитку та застосування набутих навичок у повсякденному житті. |

Повний опис програми представлено у додатку

Очікувані результати реалізації програми включають зниження рівня тривожності та відповідної інтенсивності психосоматичних проявів у учасників. Програма має сприяти підвищенню усвідомлення тілесних реакцій і формуванню ефективного контролю над ними, а також розвитку важливих навичок релаксації та саморегуляції. Зрештою, це призведе до зміцнення впевненості у власних здібностях успішно долати стрес і справлятися з напруженими ситуаціями.

Формувальний етап дослідження було проведено у березні-травні 2025 року. У ньому взяли участь усі педагоги, які проходили тестування на констатувальному етапі. Для більшого комфорту вибірка була поділена на 2 групи; зустрічі з психологом у кожній групі відбувалися двічі на тиждень.

Перший етап корекційної програми був спрямований на створення глибокої атмосфери довіри та переосмислення ставлення до тривоги. Враховуючи високі показники тривожності у вибірці, педагоги розпочали заняття, демонструючи значну початкову напругу, яка проявлялася у стриманості, офіційній манері спілкування та певній недовірі до процесу.

На початку, під час обговорення мети програми, учасники висловлювали очікування, пов'язані переважно з «усуненням симптомів» («хочу, щоб не боліла голова», «хочу спати»), що свідчило про фокус на тілесному дискомфорті, а не на його психологічних причинах.

Ключовим моментом стало вироблення «Правил нашої групи». Правила конфіденційності та неоцінювання викликали помітне полегшення, особливо серед досвідчених педагогів, які зазвичай перебувають під постійним наглядом. Найбільш дискусійним стало правило «не давати поради без прохання», оскільки це суперечило їхній професійній установці. Усвідомлення цього стало першим інсайтом щодо необхідності змінити звичну поведінкову модель.

Вправа «Знайомство через символ» ефективно зняла початкову напругу, перевівши її у метафоричний простір. Багато учасників малювали образи, пов'язані з тягарем і хаосом: «гігантський клубок ниток», «шторм», «важкий сірий камінь, що тисне на груди». Менша частина використовувала символи втоми або ізоляції: «перегоріла лампочка», «порожній коридор». Після того, як кожен поділився своїм символом, в групі виник сильний ефект спільності та групова довіра. Реакції були емоційними: «Я думала, що це лише мої проблеми, а ми всі, виявляється, біжимо в одному марафоні», – прокоментувала одна з учасниць, що сприяло швидкому переходу до глибинної роботи.

Вправа «Рефреймінг тривоги («Моя тривога – мій сигнал»)) стала кульмінацією етапу, викликавши найбільші когнітивні зміни. Початкове завдання – намалювати тривогу – часто призводило до створення темних, агресивних або стихійних образів. Коли учасники відповідали на питання, «Що вона хоче мені сказати?», відбувся інсайт. Раптом, «ворог» перетворився на «послання». Типові відповіді: «Моя тривога кричить, що я мушу зупинитися і

відпочити», «Вона навчає мене, що я не відповідаю за всіх», «Мій головний біль – це просто дуже гучний дзвіночок, що я нехтую собою». Емоційна реакція наприкінці вправи була помітною: з'явилося почуття контролю і внутрішнього дозволу на самопіклування. Тривога перестала сприйматися як безконтрольна загроза.

Вступний етап успішно знизив початковий рівень захисної напруги та забезпечив позитивну мотивацію до подальшої роботи. Учасники вийшли із заняття з чітким усвідомленням, що їхні тілесні скарги (психосоматика) є не хворобою, а сигналом від психіки, який можна розшифрувати та використати.

Другий етап – психоосвітній. Він складався з трьох занять, і був присвячений підвищенню поінформованості учасників, головною метою якого було перевести їхні соматичні скарги з площини «медичної проблеми» у площину усвідомлюваної психологічної реакції. Педагоги, які звикли контролювати навчальний процес, виявили високу зацікавленість у структурованій інформації про механізми власної тривоги.

Заняття «Тіло як дзеркало емоцій» було емоційно насиченим, оскільки вперше зачіпало безпосередній зв'язок між переживаннями та фізичним болем. Пояснення про те, що прискорене серцебиття та напруга м'язів – це «режим небезпеки», а не «хвороба», викликало видиме полегшення. Багато учасників висловлювали інсайт: «Я завжди думав, що в мене хворіє серце, а виявляється, це просто мій організм намагається втекти від проблем!»

Вправа «Карта тіла» – це була найглибша частина заняття. Педагоги з великою увагою зафарбовували контури. Якісний аналіз показав, що зони тривоги у більшості локалізувалися в шийно-комірцевій зоні (плечі, шия) – як відображення професійного тягаря відповідальності, а також у голові (головні болі) та животі. Усвідомлення, що їхні зони напруги схожі, підсилило групову підтримку.

На занятті «Цикл тривоги: думки – емоції – тіло – поведінка» фокус змістився на когнітивну сферу, що було ближче до професійної діяльності педагогів. Учасники вперше усвідомили, що їхні фізичні реакції часто

спричинені автоматичними, неперевіреними думками («Я не впораюсь», «Буде катастрофа»), а не реальною небезпекою.

Вправа «Мій цикл тривоги» – у процесі заповнення шаблону відбулося емоційне здивування. Учасники помічали, як одна невинна думка (наприклад, «Завтра прийде перевірка») запускає фізичну реакцію («стискаються груди»), яка веде до поведінки («я починаю метушливо перевіряти документацію до третьої ночі»), посилюючи тривогу.

Вправа «Заміни думку» викликала когнітивний супротив – було складно одразу перейти до реалістичних альтернатив. Проте, робота у парах і формулювання «Так, мені складно, але...» дала відчуття, що думкою можна керувати, а не бути її жертвою. Педагоги відчули початковий контроль над власною внутрішньою розмовою.

Заняття «Як тіло реагує на стрес» забезпечило практичні інструменти для управління тілесною напругою. Обговорюючи «Мій експеримент», учасники ділилися першими успіхами: «Я відчула головний біль, подумала: «Це просто м'язове напруження, а не катастрофа», і біль став набагато легшим, ніж зазвичай!». Ці успішні самоспостереження значно підсилили групову мотивацію.

У вправі «Тіло у стресі» чітке порівняння відчуття сильної напруги і наступного повного розслаблення стало ключовим тілесним усвідомленням. Учасники емоційно відзначали, що вони «не підозрювали, наскільки сильно напружені їхні плечі» до моменту, поки не дозволили їм розслабитися, що стало першим кроком до самостійного зняття напруги.

Базовою навичкою саморегуляції стало «Дихання спокою». Педагоги, які звикли до поверхневого дихання, відзначили значне уповільнення серцебиття та відчуття заземлення після виконання техніки. Це дало їм простий і доступний інструмент, який можна використовувати прямо на робочому місці.

Після психоосвітнього етапу педагоги змінили свою роль з «пасивного потерпілого від симптомів» на «активного дослідника власних реакцій». Вони

отримали інтелектуальне та тілесне розуміння причинно-наслідкових зв'язків, що створило міцну основу для подальшої корекції поведінки і мислення.

Третій етап був когнітивно-поведінковим. Він став справжньою лабораторією змін, де педагоги перейшли від теоретичного розуміння циклу тривоги до активного втручання у власні автоматичні реакції. Основні якісні характеристики етапу включали: опір зміні глибинних переконань, раціональне здивування ефективністю реструктуризації думок та тілесне полегшення від застосування нових навичок.

На початку заняття «Як наші думки створюють тривогу» педагоги, які виконали домашнє спостереження, висловили здивування щодо частоти та ірраціональності своїх автоматичних думок – «Я не підозрювала, що я стільки думаю про погане».

Після вправи «Ланцюг тривоги» з'явилося усвідомлення того, що пусковим механізмом тривоги є не зовнішня ситуація (насуплений керівник), а власна інтерпретація («Він мною незадоволений»), стало потужним когнітивним інсайтом. Педагоги помітили, як швидко їхні думки катастрофізують ситуацію.

Вправа «Перевір свої думки» була найбільш викличною частиною. Був помітний опір при заміні ірраціональних переконань (наприклад, «Я маю бути ідеальною») на реалістичні («Я можу бути достатньо хорошою»). Емоційне зрушення відбулося, коли учасники побачили, як заміна думки «Я провалюся» на «Я зроблю все, що можу» миттєво знижує інтенсивність страху та напруги у тілі.

Заняття «Вчимося керувати тілом і диханням» було присвячене заземленню та зменшенню психосоматичного напруження.

Використання техніки «Дихання 4-7-8» викликало фізіологічну реакцію спокою. Учасники, особливо ті, хто мав скарги на прискорене серцебиття, відзначали помітне уповільнення пульсу та відчуття тепла. Якісна характеристика: «Це ніби ти натискаєш кнопку перезавантаження для тіла», –

сказала одна із педагогів, що свідчить про сприйняття навички як швидкого та ефективного інструменту.

У ході виконання вправи «Тіло як компас» учасники навчилися сприймати стиснення у грудях чи клубок у горлі не як ознаку хвороби, а як сигнал («Тіло каже, що я мушу сказати "Ні"»). Це сформувало партнерське ставлення до тіла, що є прямим наслідком зміни ставлення до психосоматики.

На занятті «Заміна деструктивних переконань» відбувалася робота з глибинними установками, які формували тривогу.

Вправа «Мої внутрішні правила» була однією з найбільш емоційно-напружених занять. Учасники виявили, що їхні «внутрішні правила» були жорсткими, перфекціоністськими: «Я повинен(на) подібатися всім», «Помилятись не можна, інакше я поганий спеціаліст». Це викликало емоції гніву на себе та смутку через багаторічне самообмеження. Обговорення показало, що ці правила були абсолютно ірраціональними та обмежувачими, а не допомагаючими. Трансформація правила «Я не маю права на помилку» на «Я маю право на помилку, головне – винести з неї урок» викликала почуття свободи та внутрішнього полегшення.

Фінальне заняття «Вчимося діяти інакше» інтегрувало когнітивні та тілесні навички у нові поведінкові моделі.

Виконання вправи «Мої три зони впливу» призвело до практичного інсайту про марну витрату енергії. Педагоги зрозуміли, що 90% їхньої тривоги було зосереджено у зовнішній зоні (що подумують інші, політична ситуація, поведінка чужих дітей), яка не підлягає контролю. Перенесення фокусу на внутрішню зону (дихання, реакція, дія) дало відчуття психологічної незалежності.

Вправа «Страх і крок назустріч». Створення «драбинки дій» для подолання унікаючої поведінки (наприклад, уникання розмови з адміністрацією чи відвідування лікаря) викликало початковий страх, але групове підкріплення забезпечило колективну рішучість. Це був поведінковий прорив – усвідомлення, що діяльність є протиотрутою від тривоги.

Опис нового себе у ході вправи «Мій новий сценарій спокою» викликав позитивні емоції та відчуття гордості. Учасники ділилися образами себе як «стійкого дуба» або «спокійної річки», що свідчить про інтеграцію нових, стійких установок у свою особистість.

Третій етап став поворотним, оскільки забезпечив заміну деструктивних автоматичних думок на гнучке мислення та дав учасникам конкретні інструменти (дихання, реструктуризація) для самостійного управління тривогою та її тілесними проявами.

Тілесно-орієнтований та релаксаційний етап став для педагогів терапією фізичного відновлення та довіри до тіла. Після інтенсивної когнітивної роботи учасники продемонстрували готовність до глибокого розслаблення. Якісні зміни включали зникнення відчуття «кам'яної напруги» та появу довіри до власних фізіологічних реакцій.

Головною якісною характеристикою заняття «Повернення до тіла» було усвідомлення хронічної напруги, яку учасники раніше не помічали.

Вправа «Тіло говорить». Під час тілесного сканування багато педагогів вперше усвідомили свою втому. Початкові реакції включали подив: «Я не помічала, що мої зуби завжди стиснуті» або «Мої плечі так напружені, ніби я постійно несу важкий рюкзак». Цей інсайт про хронічну м'язову напругу був ключовим для розуміння причин головних болів та болю у спині.

Вправа «Розтопи напруження». Активний рух і розслаблення викликали відчуття фізичної свободи та вивільнення енергії. Учасники відзначали, що напруга, яка жила в них годинами, «випускалася» через рух. Обговорення було емоційним: «Це ніби я скинула невидимий панцир, у якому ходила роками».

Вправа «Моє тіло – мій дім». Розфарбовування контуру тіла дозволило переосмислити ставлення до себе. З'явилися нові емоції, пов'язані з прийняттям: учасники почали позначати ділянки тіла, які раніше критикували, як «надійні» та «витривалі», що свідчило про повернення довіри до власного організму.

Заняття «Дихання як інструмент спокою» перетворило дихання з автоматичного процесу на свідомий інструмент саморегуляції.

Вправа «Дихання хвилі». Порівняння дихання з морською хвилею викликало глибоке заспокоєння та відчуття ритмічності. Учасники, які страждали від прискореного серцебиття, відзначили видиму нормалізацію дихального ритму.

Вправа «Розслаблення через дихання». Формула «Я вдихаю спокій, я видихаю напруження» поєднала когнітивну реструктуризацію з тілесною практикою. Якісний результат: учасники відчували тепло у кінцівках та легкість у грудях, що було прямим фізіологічним доказом зниження вегетативного збудження.

Вправа «Дихання серцем». Ця вправа викликала глибоке емоційне розслаблення та відчуття внутрішньої доброти і прийняття. Це був момент, коли фізичні практики торкнулися емоційної, афективної сфери, закріпивши відчуття внутрішньої гармонії.

Фінальне заняття етапу – «Релаксація і внутрішня рівновага» – інтегрувало всі навички у стійкий стан глибокого спокою.

«Прогресивна м'язова релаксація за Джейкобсоном». Свідоме напруження і подальше глибоке розслаблення м'язових груп стало кульмінацією тілесного усвідомлення. Педагоги відчули, що вони можуть контролювати свою напругу. Емоційною реакцією було почуття контролю та поваги до можливостей власного тіла.

Вправа «Безпечне місце». Створення цього внутрішнього ресурсу викликало відчуття захищеності та спокою. Учасники відзначали, що цей уявний простір, де їх ніхто не оцінює і не турбує, став ментальним притулком, доступним у будь-який момент.

Цей етап не лише мінімізував соматичні прояви тривоги (напруга, спазми), але й дозволив педагогам відновити довіру до тіла, навчив їх ефективно використовувати дихання та м'язову релаксацію для самостійного

відновлення та закріпив відчуття глибокого внутрішнього спокою, що є основою для подальшої стійкості.

Емоційно-креативний етап був присвячений безпечному вираженню пригнічених емоцій та консолідації позитивного самообразу. Після інтенсивної роботи з тілом і думками, творчість надала педагогам можливість «вивільнити» залишки напруги, не використовуючи слова. Ключовою якісною характеристикою етапу стало відчуття легкості та емоційного піднесення.

Заняття «Вираження і усвідомлення емоцій через творчість» було терапевтичним завдяки безсловесному вираженню внутрішнього світу.

Вправа «Моя тривога у кольорі». У тиші учасники малювали свій внутрішній стан. Якісний аналіз малюнків показав, що багато з них містили темні, агресивні чи хаотичні плями та лінії (чорний, темно-червоний, брудний коричневий). Обговорення було емоційним: «Я відчувала злість, коли малювала ці гострі кути», «Це ніби я випустила всю напругу з голови на папір».

Вправа «Перетворення тривоги». Ця частина викликала потужний інсайт про можливість емоційного контролю. Педагоги свідомо додали світлі, життєствердні кольори (жовтий, зелений, блакитний) до своїх «тривожних» малюнків, перетворюючи хаос на геометричну форму або темну пляму на частину ландшафту.

Заняття «Створення позитивного образу «Я» було присвячене консолідації результатів програми та самоприйняттю.

Вправа «Моє безпечне місце». Візуалізація та малювання безпечного місця дозволила педагогам глибоко зафіксувати відчуття захищеності. Образи були яскравими, часто пов'язаними з природою (самотній пляж, сад). Це місце стало ментальним інструментом для миттєвого зниження тривоги в майбутньому.

Вправа «Я – у гармонії». Колаж був творчим відображенням нового, стійкого «Я». На відміну від початкових символів хаосу, тут домінували образи сили, рівноваги, часу для себе, усмішок та природи. Презентація колажів була наповнена гордістю та вірою у власні сили. Учасники не просто говорили про

бажання змін, а демонстрували їх, інтегруючи у свій новий образ. «Мій колаж – це я, яка нарешті дозволила собі відпочити і бути неідеальною», – це була типова рефлексія.

Вправа «Мое світло». Цей ритуал створив атмосферу завершеності та емоційного піднесення. Ділячись фразою «Мое світло – це...», учасники підсумували свій внутрішній ресурс, називаючи його «внутрішньою тишею», «мудрістю» або «здатністю сказати "Ні"». Це закріпило відчуття внутрішньої сили і готовності до самостійного застосування навичок.

Емоційно-креативний етап успішно завершив корекційну роботу, надавши педагогам не лише інструменти для саморегуляції, але й позитивний емоційний досвід використання цих інструментів. Було досягнуто емоційне розвантаження, підвищено самоприйняття та сформовано стійкий позитивний образ «Я», здатного ефективно справлятися з тривогою.

Заключний етап програми – підсумково-рефлексивний – був присвячений усвідомленню масштабів змін, які відбулися з педагогами. Цей етап був наповнений емоціями полегшення, вдячності та гордості за власний прогрес. Головна якісна характеристика – зміна внутрішнього локусу контролю з зовнішнього (обставини, люди) на внутрішній (навички, ресурси).

Виконання вправи «Мій шлях: тоді і тепер» стало потужним катарсичним моментом та наочним доказом ефективності програми. «Тоді» – учасники фіксували проблеми, які зараз здавалися віддаленими або менш інтенсивними (наприклад, «постійний головний біль», «відчуття, що я ні на що не впливаю», «нічні пробудження від тривоги»). «Тепер» – перелік був сфокусований на активних діях: «Вмію зупиняти тривожну думку», «Знаю, як розслабити плечі за 30 секунд», «Дозволю собі помилятися», «Сплю міцніше». Обговорення викликало емоції гордості та здивування швидкістю досягнутих змін. Педагоги усвідомили, що вони не є жертвами своїх обставин чи тіла, а активними творцями свого стану. Це різко підвищило впевненість у здатності підтримувати цей позитивний стан самостійно.

Вправа «Мій особистий ресурс» допомогла систематизувати набуті навички, перетворивши їх на індивідуальну аптечку самодопомоги. Серед ресурсів, які педагоги найчастіше обирали, були: «квадратне дихання» (як швидкий інструмент), «когнітивна таблиця» (для роботи з думками), «безпечне місце» (як емоційний якір) та «здатність сказати "Ні"» (як поведінкова межа). Усвідомлене закріплення цих інструментів підвищило відчуття самотійності. Вони зрозуміли, що їм більше не потрібен зовнішній фахівець, щоб справлятися з тривогою.

Вправа «Мій план дій у майбутньому». Складання плану забезпечило інтеграцію нових стратегій у довгострокову перспективу. Плани були конкретними: «Щодня 5 хвилин дихаю після роботи», «Раз на тиждень пишу у щоденник думок», «У тривожній ситуації спочатку зупиняюся, а потім реагую».

Завершення програми дало відчуття «нового старту» та впевненості у тому, що набуті навички є не тимчасовим рішенням, а новим, здоровим способом життя.

Підсумково-рефлексивний етап успішно завершив корекційну програму, закріпивши у свідомості педагогів усвідомлення власного прогресу та забезпечивши їх чітким планом дій для самотійної підтримки емоційної та фізичної рівноваги.

У підсумку відзначимо, що реалізація програми призвела до зниження рівня тривожності та відповідної інтенсивності психосоматичних проявів у учасників. Програма посприяла підвищенню усвідомлення тілесних реакцій і формуванню ефективного контролю над ними, а також розвитку важливих навичок релаксації та саморегуляції. Зрештою, це призвело до зміцнення впевненості у власних здібностях успішно долати стрес і справлятися з напруженими ситуаціями.

### **3.2. Оцінка ефективності програми корекції психосоматичних проявів у осіб із тривожністю (контрольний етап)**

Після реалізації формувального етапу емпіричного дослідження ми провели контрольний етап, щоб з'ясувати ефективність програми корекції психосоматичних проявів у осіб із тривожністю. На цьому етапі ми використали ті ж методики, що і на констатувальному етапі.

Так, учасники пройшли повторне опитування за «Тестом на тривожність GAD-7». Результати опитування педагогів представлені у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Результати опитування педагогів за «Тестом на тривожність GAD-7» на констатувальному та контрольному етапах дослідження

| Рівні           | Констатувальний етап |      | Контрольний етап |       |
|-----------------|----------------------|------|------------------|-------|
|                 | К-ть осіб            | %    | К-ть осіб        | %     |
| Високий рівень  | 15                   | 50,0 | 3                | 10,0% |
| Середній рівень | 11                   | 36,7 | 11               | 36,7% |
| Низький рівень  | 4                    | 13,3 | 16               | 53,3% |

Порівняльні результати за «Тестом на тривожність GAD-7» на констатувальному та контрольному етапах дослідження представлено на рис. 3.1.

На основі порівняльного аналізу результатів за цим тестом чітко простежується позитивна динаміка рівня тривожності педагогів після проведеного втручання. Якщо на констатувальному етапі половина опитаних (50,0%) демонструвала високий рівень тривожності, що свідчило про значне внутрішнє напруження у вибірці, то на контрольному етапі цей показник різко знизився до 10,0%. При цьому відбулося значне переміщення респондентів у бік низького рівня тривожності, частка якого зросла з 13,3% до 53,3%. Кількість осіб із середнім рівнем тривожності залишилася незмінною (36,7%), що вказує на те, що проведена програма була високоефективною у зниженні критично високого рівня тривоги та сприяла загальному покращенню емоційного стану більшості педагогічних працівників.

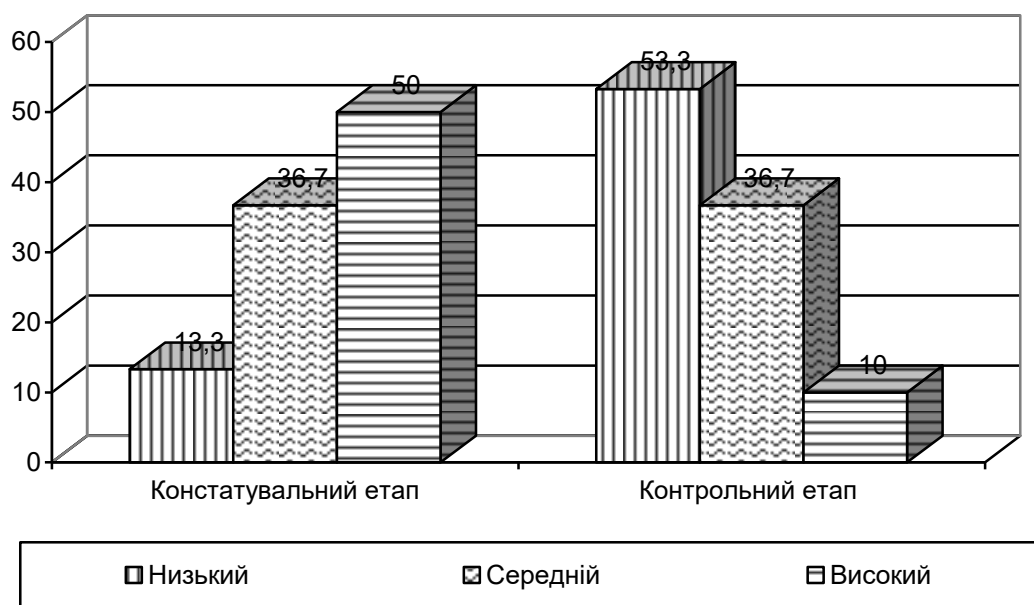


Рис. 3.1. Порівняльні результати за «Тестом на тривожність GAD-7» на констатувальному та контрольному етапах дослідження, %

Після цього ми повторно опитали педагогів, використавши «Шкалу тривожності Ч.Спілбергера». Результати опитування за тестом представлені у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Результати опитування педагогів за «Шкалою тривожності Ч.Спілбергера» на констатувальному та контрольному етапах

| Рівні                          | Констатувальний етап |      | Контрольний етап |      |
|--------------------------------|----------------------|------|------------------|------|
|                                | К-ть осіб            | %    | К-ть осіб        | %    |
| <i>Ситуативна тривожність</i>  |                      |      |                  |      |
| Високий рівень                 | 12                   | 40,0 | 4                | 13,4 |
| Середній рівень                | 11                   | 36,7 | 13               | 43,3 |
| Низький рівень                 | 7                    | 23,3 | 13               | 43,3 |
| <i>Особистісна тривожність</i> |                      |      |                  |      |
| Високий рівень                 | 17                   | 56,7 | 3                | 10,0 |
| Середній рівень                | 10                   | 33,3 | 12               | 40,0 |
| Низький рівень                 | 3                    | 10,0 | 15               | 50,0 |

Порівняльні результати опитування за «Шкалою тривожності Ч. Спілбергера» на констатувальному та контрольному етапах дослідження представлено на рис. 3.2-3.3.

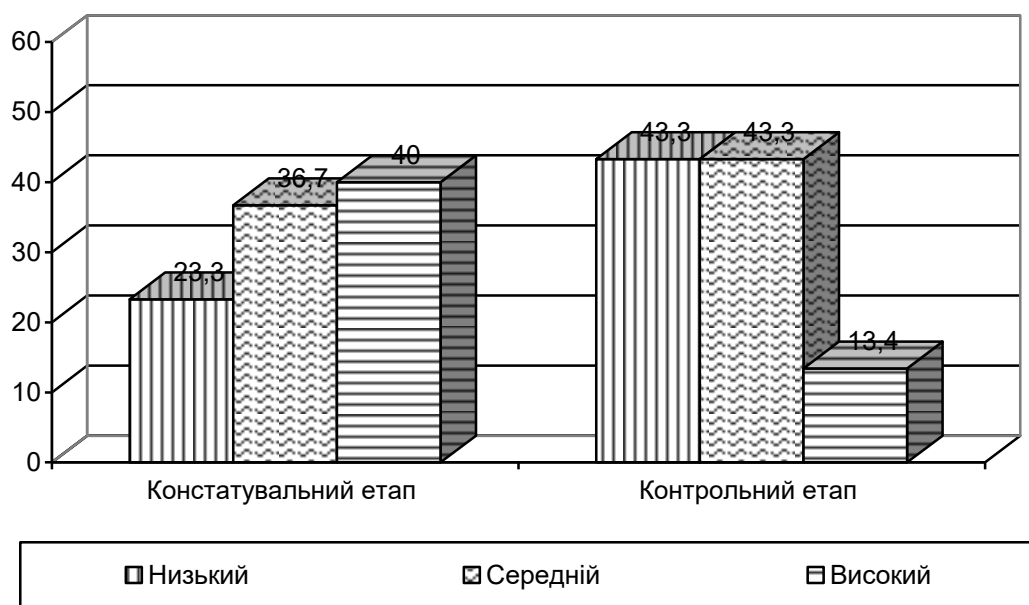


Рис. 3.2. Порівняльні результати опитування за «Шкалою тривожності Ч. Спілбергера» на констатувальному та контрольному етапах (ситуативна тривожність),%

Повторні результати дослідження ситуативної тривожності демонструють виражену позитивну динаміку після проведеного втручання, підтверджуючи ефективність роботи зі зниженням емоційного напруження. На констатувальному етапі значна частина педагогів (40,0%) мала високий рівень ситуативної тривожності, що свідчило про їхню схильність до гострого реагування на стресові ситуації, тоді як низький рівень спостерігався лише у 23,3% респондентів. На контрольному етапі ситуація кардинально змінилася: частка осіб із високою тривожністю знизилася більш ніж удвічі – до 13,4%, а кількість педагогів із низьким рівнем суттєво зросла до 43,3%. Крім того, зросла і частка осіб із середнім рівнем тривожності (з 36,7% до 43,3%), що вказує на переміщення більшості групи в зону оптимального та низького ситуативного емоційного реагування.

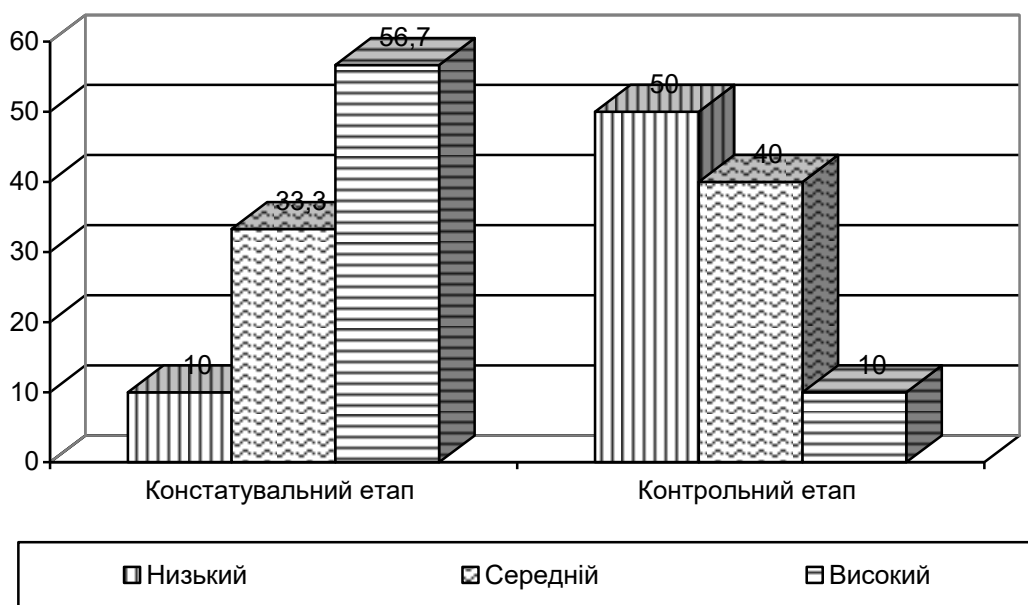


Рис. 3.3. Порівняльні результати опитування за «Шкалою тривожності Ч. Спілбергера» на констатувальному та контрольному етапах (особистісна тривожність),%

Повторні результати дослідження особистісної тривожності підтверджують позитивний зсув в емоційній сфері педагогів. На констатувальному етапі більше половини респондентів (56,7%) мали високий рівень особистісної тривожності, що свідчить про глибоку схильність до сприйняття багатьох життєвих ситуацій як загрозливих. Проте, після проведення корекційної роботи, цей показник катастрофічно знизився до мінімального – 10,0%, демонструючи ефективність втручання у впливі на стійку, особистісну рису. Відповідно, кількість педагогів із низьким рівнем тривожності суттєво зросла у п'ять разів – з 10,0% до 50,0%, тоді як частка осіб із середнім рівнем дещо зросла (з 33,3% до 40,0%), що відображає переведення більшості вибірки з зони хронічної емоційної напруги у зону емоційної стійкості.

Отримані дані свідчать про успішний вплив програми на базові установки особистості.

Далі ми повторно провели опитування за тестом «РНҚ-15», щоб виявити частоту психосоматичних проявів у педагогів.

Наочно результати опитування педагогів за «PHQ-15» представлено на рис. 3.4.

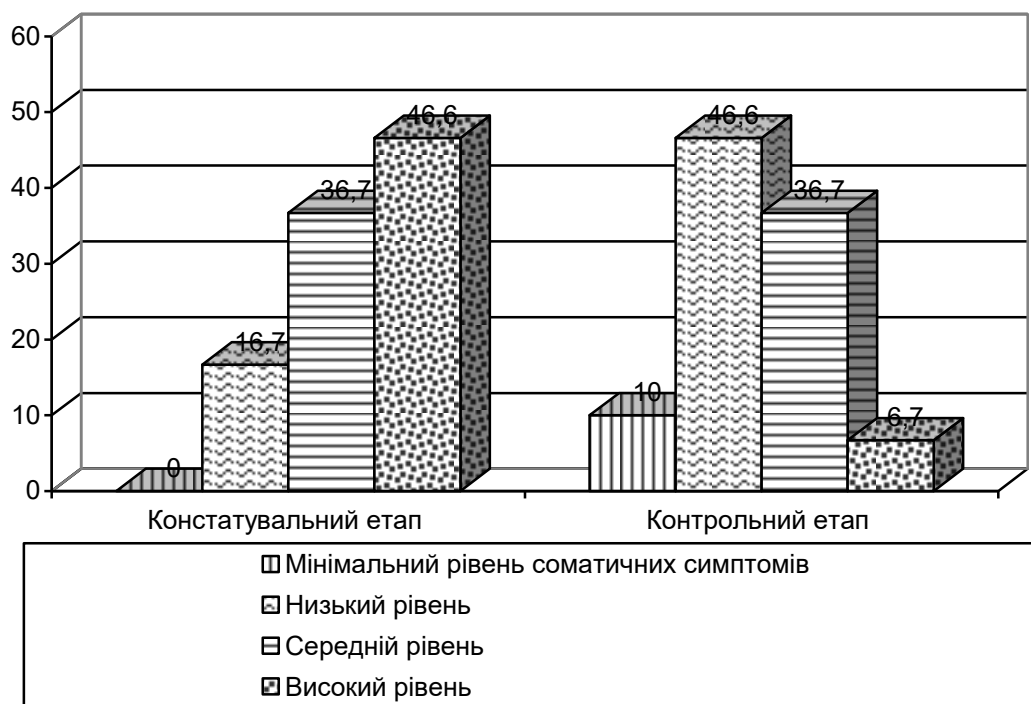


Рис. 3.4. Результати опитування педагогів за тестом «PHQ-15» на констатувальному та контрольному етапах дослідження, %

Отже, опитування педагогів за тестом «PHQ-15» підтверджує, що проведена корекційна робота мала значний позитивний вплив не лише на психоемоційний стан, але й на вираженість психосоматичних проявів у педагогів, що підтверджує основну гіпотезу дослідження. На констатувальному етапі переважна більшість вибірки (46,6% – високий, 36,7% – середній) демонструвала значні соматичні симптоми та скарги, пов'язані, імовірно, з високим рівнем тривожності, при цьому осіб із мінімальним рівнем не було взагалі (0%). Після втручання відбулося кардинальне зниження рівня психосоматики: частка осіб із високим рівнем соматичних симптомів різко зменшилася з 46,6% до 6,7%, а кількість педагогів із низьким і мінімальним рівнями сумарно зросла з 16,7% до 56,6% (46,6% + 10,0%), тоді як середній рівень залишився стабільним (36,7%). Таким чином, корекційна програма виявилася ефективною у зменшенні тілесних проявів внутрішньої напруги.

Результати тесту «PHQ-15» за проявом кожного симптому на констатувальному та контрольному етапах дослідження представлено у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Результати тесту «PHQ-15» за проявом кожного симптому на констатувальному та контрольному етапах дослідження

| Симптом                                                               | Констатувальний етап |      | Контрольний етап |      |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|------|------------------|------|
|                                                                       | К-ть осіб            | %    | К-ть осіб        | %    |
| Біль у шлунку                                                         | 10                   | 33,3 | 3                | 10,0 |
| Біль у спині                                                          | 16                   | 53,3 | 5                | 16,7 |
| Біль у руках, ногах або суглобах                                      | 17                   | 56,7 | 4                | 13,3 |
| Менструальні болі (для жінок)                                         | 12                   | 40,0 | 6                | 20,0 |
| Головні болі                                                          | 22                   | 73,3 | 5                | 15,7 |
| Біль у грудях                                                         | 6                    | 20,0 | 2                | 6,7  |
| Запаморочення                                                         | 13                   | 43,3 | 4                | 13,3 |
| Відчуття непритомності або слабкості                                  | 5                    | 16,7 | 2                | 6,7  |
| Прискорене серцебиття або сильне биття серця                          | 8                    | 26,7 | 2                | 6,7  |
| Задишка                                                               | 3                    | 10,0 | 1                | 3,3  |
| Утруднення під час ковтання або «ком у горлі»                         | 4                    | 13,3 | 0                | 0    |
| Проблеми зі шлунково-кишковим трактом (нудота, здуття, діарея, запор) | 8                    | 26,7 | 3                | 10,0 |
| Порушення сну                                                         | 23                   | 76,7 | 8                | 26,7 |
| Відчуття постійної втоми                                              | 20                   | 66,7 | 6                | 20,0 |
| Проблеми з сексуальним бажанням або функцією                          | 3                    | 10,0 | 0                | 0    |

Таким чином, за результатами повторного опитування ми дізналися наступне:

1. Головні болі. Цей симптом мав найвищу частоту на початку (73,3%), що прямо корелює з високим рівнем емоційної напруги та тривоги. Після втручання частота прояву знизилася на 57,6 %, залишившись лише у 15,7% педагогів. Це є одним із найбільш яскравих індикаторів успішності програми.

Наочно результати опитування педагогів за цією анкетою представлено на рис. 3.5.

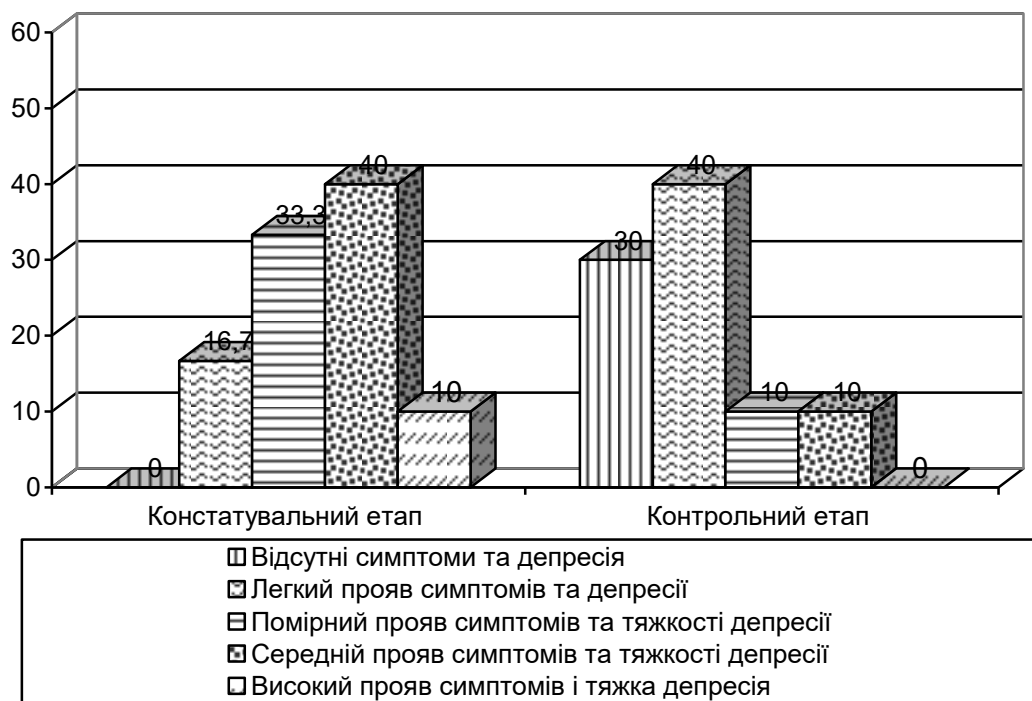


Рис. 3.5. Результати опитування педагогів за «PHQ-9» на констатувальному та контрольному етапах дослідження, %

Аналіз результатів за тестом «PHQ-9» засвідчує позитивне переміщення емоційного стану педагогів від обтяжливих симптомів до їхньої повної відсутності, що є важливим для підтвердження успішності програми. На констатувальному етапі більшість респондентів (83,3%) демонстрували помірний, середній або високий прояв симптомів та депресії, причому 50% (середній та високий рівень) перебували у зоні значного ризику. Найбільш вражаюча зміна відбулася на контрольному етапі: повністю зникла категорія з високим проявом симптомів (було 10%, стало 0%), і що найважливіше – кількість осіб, у яких відсутні симптоми та депресія, зросла з 0% до 30%. Крім того, значно зросла частка респондентів з легким проявом симптомів (з 16,7% до 40%), тоді як помірний та середній прояви знизилися з 33,3% та 40% до 10% кожен. Таким чином, корекційна робота виявилася високоефективною не лише

у зниженні тривожності, але й у попередженні та зменшенні ризику депресивних станів, що безпосередньо покращило психоемоційне благополуччя педагогів.

Результати «PHQ-9» за проявом кожного симптому на констатувальному та контрольному етапах дослідження представлено у таблиці 3.5.

Таблиця 2.5

Результати анкети PHQ-9 за проявом кожного симптому на констатувальному та контрольному етапах дослідження

| Симптом                                                                                          | Констатувальний етап |      | Контрольний етап |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------|------------------|------|
|                                                                                                  | К-ть осіб            | %    | К-ть осіб        | %    |
| Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити) | 15                   | 50,0 | 5                | 16,7 |
| Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності                                        | 16                   | 53,3 | 4                | 13,3 |
| Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон                                   | 21                   | 70,0 | 6                | 20,0 |
| Почуття втоми або знесилення (занепад сил)                                                       | 22                   | 73,3 | 7                | 23,3 |
| Поганий апетит чи навпаки - переїдання                                                           | 6                    | 20,0 | 1                | 3,3  |
| Погані (негативні) думки про себе.                                                               | 8                    | 26,7 | 2                | 6,7  |
| Труднощі концентрації уваги                                                                      | 10                   | 33,3 | 3                | 10,0 |
| Надмірно повільні або метушливі (збуджені) рухи                                                  | 0                    | 0    | 0                | 0    |
| Суїцидальні думки                                                                                | 0                    | 0    | 0                | 0    |

Аналіз динаміки симптомів за PHQ-9 на контрольному етапі свідчить про комплексне відновлення психофізичного та емоційного благополуччя педагогів. Найбільш значущі зміни відбулися у сфері, яка безпосередньо страждає від хронічного стресу та тривоги:

1. Фізичне та енергетичне відновлення. Спостерігається зниження скарг на почуття втоми або знесилення (з 73,3% до 23,3%) та труднощі зі сном (з 70,0% до 20,0%). Зниження на 50 % у обох випадках є найвищим показником і прямо вказує на нормалізацію фізіологічних функцій, порушених через високу тривожність.

2. Покращення афективної та мотиваційної сфери. Значно зменшилися прояви поганого настрою та пригніченості (з 53,3% до 13,3%), а також відсутність зацікавленості у звичайних справах (з 50,0% до 16,7%). Це демонструє, що корекційна програма успішно вплинула на відновлення позитивного емоційного фону та повернення мотивації до діяльності.

3. Покращення когнітивної сфери та самооцінки. Відзначається помітне зниження труднощів концентрації уваги (з 33,3% до 10,0%) та частоти негативних думок про себе (з 26,7% до 6,7%). Це свідчить про зменшення впливу тривоги на розумові процеси та покращення самосприйняття.

4. Такі симптоми, як надмірно повільні або метушливі рухи та суїцидальні думки, не були зафіксовані у жодного респондента ні на констатувальному, ні на контрольному етапі, що вказує на відсутність гострих депресивних станів у вибірці протягом дослідження.

Загалом, результати за PHQ-9 є доказом ефективності проведеної роботи, оскільки демонструють зменшення депресивних та соматичних симптомів, які найчастіше асоціюються з професійним вигоранням та хронічною тривогою.

Результати контрольного етапу дослідження переконливо засвідчили ефективність проведеної корекційної програми, яка була спрямована на зниження рівня тривожності та психосоматичних проявів у педагогічному колективі. Таким чином, повністю підтверджена гіпотеза дослідження, що цілеспрямована робота зі зниження тривожності призводить до суттєвого покращення психофізичного здоров'я та емоційного благополуччя.

### **Висновки до третього розділу**

Виходячи з даних констатувального етапу дослідження, де ми виявили домінування високих рівнів тривожності, помітних депресивних проявів та значної соматизації у групі педагогів, було розроблено спеціалізовану програму корекції. Її мета полягала у зниженні рівня тривожності та психосоматичного стану шляхом розвитку навичок саморегуляції, усвідомленні емоційних станів, формуванні конструктивних стратегій подолання стресу. Тривалість програми:

14 занять (1-2 рази на тиждень, по 60-90 хвилин); може проводитися індивідуально або в групі (до 10-12 осіб). Програма включає 6 етапів: 1 – вступний мотиваційний етап; 2 – психоосвітній етап; 3 – когнітивно-поведінковий етап; 4 – тілесно-орієнтований і релаксаційний етап; 5 – емоційно-креативний етап; 6 – підсумково-рефлексивний етап.

Для визначення ефективності запропонованої нами програми, було проведено повторне дослідження (контрольний етап), спрямоване на встановлення взаємозв'язку між рівнем тривожності та частотою психосоматичних проявів.

Після проведення корекційної програми на контрольному етапі було зафіксовано позитивну динаміку за всіма оцінюваними параметрами: частка осіб із високим рівнем тривожності (як загальної, так і особистісної) знизилася в 4-5 разів (до 10% у обох випадках), тоді як кількість осіб із низьким рівнем тривожності зросла до 50% і більше. Паралельно відбулося значне зниження психосоматичних проявів (високий рівень за РНQ-15 знизився до 6,7%), повне усунення найбільш обтяжливих симптомів (утруднення ковтання, суїцидальні думки) та суттєве зменшення проявів втоми і порушень сну. Таким чином, результати дослідження не лише зафіксували тісний зв'язок між тривогою та психосоматикою, але й довели ефективність розробленої корекційної програми у зниженні внутрішньої напруги та покращенні психофізичного здоров'я педагогів.

## ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі теоретично обґрунтовано та емпірично досліджено особливості психосоматичних проявів у осіб з тривожністю. Результати дослідження маємо наступні:

1. Дослідивши наукові підходи до розуміння тривожності як особистісної риси людини, встановлено, що тривожність виступає як стабільна особистісна риса, яка визначає схильність людини реагувати страхом та переживанням на потенційно стресові ситуації. Різні концептуальні підходи підкреслюють її багатовимірний характер: тривожність проявляється на емоційному, когнітивному та поведінковому рівнях, впливаючи на сприйняття подій, інтерпретацію внутрішніх та зовнішніх сигналів і формування адаптивних або дезадаптивних реакцій.

2. Розглянувши поняття психосоматики і психосоматичних проявів, було визначено, що психосоматика охоплює взаємодію психічних і фізіологічних процесів у формуванні симптомів, які проявляються у тілесних реакціях. Психосоматичні прояви включають широкий спектр симптомів – від головного болю, м'язових спазмів, порушень серцево-судинної та травної систем до зміни сну та загального самопочуття. Ці прояви відображають спосіб, у який емоційний стан і психологічні процеси впливають на фізичне тіло, і можуть виступати як сигнал про внутрішню напругу чи психологічні труднощі.

3 Проаналізувавши взаємозв'язок тривожності та соматичних симптомів, ми виявили, що тривожність і соматичні симптоми перебувають у тісному взаємозв'язку, утворюючи замкнене коло взаємного підсилення. Психологічне напруження та страх активують фізіологічні реакції організму, які проявляються у вигляді різноманітних тілесних симптомів. Ці симптоми, своєю чергою, сприймаються людиною як загроза, що знову підвищує тривогу, підтримуючи постійний психофізіологічний дискомфорт. Усвідомлення цього механізму підкреслює важливість комплексного підходу до психологічного і фізичного здоров'я, враховуючи взаємодію психіки та тіла.

4. У практичній частині кваліфікаційної роботи нами здійснено емпіричне дослідження особливостей психосоматичних проявів у осіб з тривожністю. Базою дослідження стала міська гімназія №26 м. Миколаєва Миколаївської міської ради Миколаївської області. Участь у дослідженні взяли 30 осіб, усі вони є педагогічними працівниками міської гімназії. Обрана методологія дослідження включала такі методики – «Тест на тривожність GAD-7», «Шкала тривожності Ч.Спілбергера», опитувальник «PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15)» та «Анкету пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9)».

Результати констатувального етапу виявили наступне:

- за «Тестом на тривожність GAD-7» було з'ясовано домінування високого та середнього рівнів тривожності у більшості опитаних. Значна частина педагогів демонструє рівень тривожності, характерний для генералізованого тривожного розладу. Це вказує на наявність значного психологічного напруження у професійній діяльності;

- за «Шкалою тривожності Ч. Спілбергера» виявлено, що більшість з них демонструють високий і середній рівень ситуативної тривожності. Дані свідчать про їхню підвищену чутливість та реактивність на конкретні стресові ситуації та зовнішні загрози. Також результати дослідження показують, що у більшості педагогів переважає високий рівень особистісної тривожності. Це вказує на стійкі тенденції до переживання тривоги, яка пов'язана з їхніми індивідуальними особливостями та схильністю сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливі;

- за тестом «PHQ-15» ми дізналися, переважна більшість опитаних демонструє високий та середній рівень прояву соматичних симптомів. Не виявлено жодного педагога з мінімальним рівнем соматизації. Ці результати чітко вказують на існування взаємозв'язку між підвищеним рівнем тривожності (особистісної та ситуативної) та вираженими фізичними проявами. Постійне психоемоційне напруження, спричинене хронічною тривогою, активує вегетативну нервову систему, що, ймовірно, і призводить до частих фізичних відчуттів (таких як головний біль, порушення сну, розлади травлення та інше);

- за «Анкетою пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9)» виявлено відсутність осіб без депресивних проявів серед опитаних. Більшість педагогів демонструють помірні та середні прояви депресії. Це свідчить про надзвичайно високий рівень психоемоційного навантаження в їхній професійній діяльності. Виявлені депресивні прояви, ймовірно, тісно корелюють з уже встановленими високими рівнями тривожності та соматичних симптомів, оскільки емоційне виснаження часто трансформується у фізичні скарги (втом, головний біль, порушення сну, м'язові болі).

5. Для корекції психосоматичних проявів у осіб із тривожністю нами була розроблена програма, мета якої полягала у зниженні рівня тривожності та психосоматичного стану шляхом розвитку навичок саморегуляції, усвідомленні емоційних станів, формуванні конструктивних стратегій подолання стресу. Тривалість програми: 14 занять (1-2 рази на тиждень, по 60-90 хвилин); може проводитися індивідуально або в групі (до 10-12 осіб). Програма включала 6 етапів: 1 – вступний мотиваційний етап; 2 – психоосвітній етап; 3 – когнітивно-поведінковий етап; 4 – тілесно-орієнтований і релаксаційний етап; 5 – емоційно-креативний етап; 6 – підсумково-рефлексивний етап. Очікувані результати реалізації програми включають зниження рівня тривожності та відповідної інтенсивності психосоматичних проявів у учасників. Програма має сприяти підвищенню усвідомлення тілесних реакцій і формуванню ефективного контролю над ними, а також розвитку важливих навичок релаксації та саморегуляції.

Після реалізації формувального етапу емпіричного дослідження ми провели контрольний етап, щоб з'ясувати ефективність програми корекції психосоматичних проявів у осіб із тривожністю. На цьому етапі ми використали ті ж методики, що і на констатувальному етапі.

Результати констатувального етапу виявили наступне:

- за «Тестом на тривожність GAD-7» після проведеного втручання чітко простежується позитивна динаміка зі зниження рівня тривожності педагогів та загальне покращення емоційного стану більшості педагогічних працівників;

- за «Шкалою тривожності Ч. Спілбергера» виявлено, що частка осіб із високою ситуативною тривожністю знизилася більш ніж удвічі, а кількість педагогів із низьким рівнем суттєво зросла; це вказує на переміщення більшості групи в зону оптимального та низького ситуативного емоційного реагування. Повторні результати дослідження особистісної тривожності також підтверджують позитивний зсув в емоційній сфері педагогів: їх кількість із низьким рівнем тривожності суттєво зросла, що відображає переведення більшості вибірки з зони хронічної емоційної напруги у зону емоційної стійкості;

- за тестом «PHQ-15» відзначено, що на контрольному етапі відбулося кардинальне зниження рівня психосоматики у педагогів: частка осіб із високим рівнем соматичних симптомів різко зменшилася, а кількість педагогів із низьким і мінімальним рівнями зросла майже на 50%. Тобто, корекційна програма виявилася ефективною у зменшенні тілесних проявів внутрішньої напруги;

- за тестом «PHQ-9» засвідчено позитивне переміщення емоційного стану педагогів від обтяжливих симптомів до їхньої повної відсутності. На контрольному етапі повністю зникла категорія з високим проявом симптомів, а кількість осіб, у яких відсутні симптоми та депресія, зросла на 30%. Таким чином, корекційна робота виявилася високоефективною не лише у зниженні тривожності, але й у попередженні та зменшенні ризику депресивних станів, що безпосередньо покращило психоемоційне благополуччя педагогів.

## **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Алексенко Є.А. Тривога. Історії наднеспокійних людей. Київ: Знання, 2018. 156 с.
2. Бамбурак Н. Концептуальні орієнтири дослідження проблеми психосоматичних розладів. *Збірник наукових праць Національної академії державної прикордонної служби України*. 2019. № 3. С. 5-17.

3. Барсукова Є.У. Реактивна тривожність – природний чи набутий стан організму. *Сучасна педагогіка*. 2016. №10. С. 73-78.
4. Беляєв В.П. Тривоги прожитого дня. Київ: Вернигора, 2018. 488 с.
5. Блохіна І. О. Психологічні причини виникнення тривожності у студентів. *Науковий вісник Ужгородського університету*. 2021. Вип. 4. С. 82-86.
6. Бойко Г., Козлова Т., Шарафутдінова С. Проблематика психосоматичних аспектів здоров'я студентської молоді в умовах воєнного стану. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова*. 2025. Вип. 5(192). С. 26-29.
7. Букатару Ю., Рева М., Березяк К. Формування та класифікація психосоматичних розладів. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2020. № 1. С. 22-26.
8. Великий тлумачний словник сучасної української мови / Уклад. і голов. ред. В.Т. Бусел. Київ-Ірпінь: Перун, 2017. 1736 с.
9. Вестбук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів: Свічадо, 2014. 410 с.
10. Візнюк І. Психосоматичне здоров'я як фактор психологічної стійкості людини. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. 2021. Вип. 13 (58). С. 17-25.
11. Гошовський Я. Ресоціалізація депривованої особистості: монографія. Дрогобич: Коло, 2016. 480 с.
12. Грандт В. Чинники появи психосоматичного симптому в юнацькому віці. Psychological patterns of social processes and personality development in modern society. Latvia: "Baltija Publishing", 2023 С. 40-56.
13. Гулько Г. О. Психологічні чинники актуалізації особистісних властивостей тривожного спектру в ситуації досягнення : дис. ... канд. псих. наук : 19.00.01. Київ, 2017. 249 с.

14. Дзюбинська М. Я., Осіпова Л. М. Вплив дитячої психотравми на рівень тривожності пацієнтів з невротичними розладами. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2024. Вип. 4. С. 26-29.
15. Дідковська Л.І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії: навчальний посібник. 3-тє вид. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2018. 264 с.
16. Іваненко Б.Б. Когнітивна реструктуризація у корекції тривожних розладів. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я*. 2021. №8. С. 48-54.
17. Калюжна Є.М. Психологічні механізми особистісної тривожності у підлітковому віці : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Київ, 2008. 27 с.
18. Карпенко З. Соціальні неврози особистості перехідного періоду суспільства. *Психологія і суспільство*. 2014. № 1. С. 124–132
19. Кокоріна Ю. Є. Емпіричне дослідження прояву психосоматичних реакцій як результату роботи механізмів захисту психіки. *Габітус*. 2020. Вип. 19. С. 61-65.
20. Коли світ на межі змін: стратегії адаптації. Психологічна підтримка вчителів та дітей у часи війни / За заг. редакцією Л. Залюбовської. Київ, 2022. 52 с.
21. Коломоєць М., Павлюкович Н., Ходоровський В., Ткач Є. Теорії та концепції психосоматичних захворювань. *Буковинський медичний вісник*. 2008. Т. 12, № 1. С. 334-339
22. Корольчук М.С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : Ніка-Центр, 2016. 580 с.
23. Косьянова О. Ю., Муляр Ю. Захисні механізми та самообман: взаємозв'язок та роль в адаптації до стресових ситуацій. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2025. Вип. 2. С. 24-29.

24. Коць Є. М. Психологічні особливості когнітивно-поведінкових стратегій осіб із соціальною тривожністю: дис. ... канд. психол. наук. Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2018. 213 с.
25. Кузікова С. Б. Теорія і практика вікової психокорекції. Суми : ВТД «Університетська книга», 2015. 384 с.
26. Лозінська Н. Можливості когнітивно-поведінкової терапії у корекції поведінки уникання. *Вісник Національного університету оборони України*. 2019. Вип. 62. С. 35-43.
27. Любінець Л. А., Шведа Г. П., Качмарська М. О. Ступінь тривожності в середнього медичного персоналу під час воєнного стану в Україні. *Здоров'я нації*. 2023. № 3(73). С. 80-84.
28. Мазяр О. В., Шатило О. В. Особливості зв'язку self-compassion і тривожності у структурі психічного здоров'я. *Габітус*. 2022. № (43). С. 148-152.
29. Маруненко І. М., Неведомська Є.О., Волковська Г.І. Психофізіологія: навчально-методичний посібник. Київ: Вид-во Київ. ун-ту ім. Б. Грінченка, 2015. 52 с
30. Масік О. І. Клінічні особливості та лікування психічних розладів у підлітків з соматичними захворюваннями: дис. ... канд. мед. наук. Вінниця. 2019. 292 с.
31. Матохнюк Л.О. Психологія інформаційної компетентності особистості: дис. ... д-ра псих. наук: Одеса, 2019. 527 с.
32. Мозгова Г.П., Ханецька Т.І., Якимчук О.І. Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія: навчальний посібник. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. 383 с.
33. Мудрак І.А. Психологічне вивчення феномену тривожності особистості в умовах групової взаємодії. *Психологічні перспективи*. 2013. Вип. 21. С.154-163.
34. Неведомська Є.О., Михайловська Т.О. Вплив темпераменту студента на його тривожність. *Smart and Young*. 2016. № 1(3). С. 145-151.

35. Осипова А.А. Загальна психокорекція: навчальний посібник. Київ: Фенікс, 2016. 510 с.
36. Основи психології: підручник / За заг. ред. О. В. Киричука, В. А. Роменця. 3-тє вид. Київ: Либідь, 2017. 630 с.
37. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посібник / За заг. ред. Л. Царенко. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
38. Павелків Р.В. Вікова психологія: підруч. для студ. вищ. навч. закл. Київ: Кондор, 2011. 468 с.
39. Павелків В.Р. Особистісно-ситуаційні детермінанти агресивної поведінки людини. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*: зб. наук. пр. КНУ ім. Т.Г. Шевченка. Київ: Логос, 2011. С.50-59.
40. Перетятко Л.Г., Тесленко М.М. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. *Психологія і особистість*. 2017. № 2. С. 137-147.
41. Петренко В. Є. Психологічна корекція тривожності старшокласників різних типів загальноосвітніх навчальних закладів : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2015. 20 с.
42. Пікуль Н. Тривожність. *Психолог*. 2012. № 6. С. 62-64.
43. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової; 2-ге вид. Київ: ВД «Медкнига», 2019. 112 с.
44. Пономаренко Т. І., Сидоренко Ю. В. Тривожність і депресія у студентів: виклики для освітнього середовища в умовах війни. *Ментальне здоров'я*. 2025. № 2. С. 70-78.
45. Прокопов В.М. Особливості психосоматичних проявів у тривожних осіб. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського*. 2022. Том 31. №13. С. 190-195
46. Психологічні технології ефективного функціонування та розвитку особистості: монографія / За ред. С. Д. Максименка, С.Б. Кузікової, В.Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2019. 540 с.
47. Психологія особистості. Словник-довідник / За ред. П.П. Горностая, Т.М. Титаренко. Київ. 2018. 320 с.

48. Рахман Л. В., Плевачук О. Ю., Шпильовий Я. В., Дзісь М. О. Розуміння тривожного стану в ситуації гуманітарної катастрофи. *Практикуючий лікар*. 2022. Т. 11, № 1. С. 5-10.

49. Савченко К.Р. Тривожність як психологічний феномен. *Психологічні перспективи*. 2016. №3. С. 40-45

50. Саковська В.В. Формування навички вирішення проблем через прийоми КПТ. *Development of modern science, experience and trends*. 2022. № 9. С. 182-196

51. Сидоренко Ж. В., Слободянюк О. С. Підвищена тривожність як ознака порушення психологічного здоров'я особистості в умовах пандемії COVID-19. *Науковий вісник Ужгородського університету*. 2021. Вип. 4. С. 60-64.

52. Смілянець О. Корекція поведінки засобами арт-терапії. *Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України*. В 4-х томах / За ред. академіка С.Д. Максименка. Київ: Главник, 2012. Вип. 29. Т. 1. С. 53-59.

53. Сорока О.В. Теоретичні і методичні засади підготовки майбутніх учителів початкової школи до використання арт-терапевтичних технологій: дис. ... д-ра пед. наук. Тернопіль, 2016. 534 с.

54. Терлецька Л., Кухар І. Взаємозв'язок страхів, фобій, тривожності із самоставленням особистості. *Вісник КНУ ім. Т. Шевченка*. 2020. № 1(11). С. 57-63.

55. Технології психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій (з досвіду роботи) / За наук. ред. В. Г. Панка, І. І. Ткачук. Київ: Ніка-Центр, 2021. 118 с.

56. Титаренко Т. М. Соціально-психологічна профілактика порушень адаптації молоді до повсякденного стресу. Київ: Міленіум. 2018. 84 с.

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

58. Ткачишина О. Р. Дослідження проявів тривоги та депресії у студентів в умовах воєнного стану. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*. 2025. № 1. С. 134-138.

59. Токарчук А., Коваль І. Підвищений рівень тривожності у дітей і підлітків – свідків воєнного конфлікту: порівняльний аналіз, прогноз. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Т. 9, № 3. С. 226-234

60. Томей А. М. Взаємозв'язок рівня тривожності та механізмів адаптації у старшокласників. *Проблеми клінічної педіатрії*. 2013. № 2(20). С. 60-64.

61. Турчак О. М. Психологічні особливості вербальних проявів тривожності студентів у ситуаціях емоційної напруги : дис. ... канд. психол. наук. Острог, 2015. 194 с.

62. Фопель К. Психологія особистості. 3-тє вид. Київ: Генеза, 2015. 245 с.

63. Халік О. О. Тривожність на початкових етапах професійного становлення особистості. *Проблеми сучасної психології* : зб. наук. праць КПНУ ім. Івана Огієнка. 2014. Вип. 23. С. 663-676.

64. Халік О.О. Тривожність як чинник дезадаптації практичних психологів-початківців : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Київ, 2010. 29 с.

65. Ханецька Н. В. Психосоматика: теоретико-практичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Хмельницький, 2019. 123 с.

66. Харченко Д. М., Чистовська Ю. Ю. Взаємозв'язок тривожності з психосоматичними розладами. *Наука і освіта*. 2017. № 9. С. 26-29.

67. Хаустова Е. А., Авраменко О. М. Стрес та тривога: психосоматичний підхід до терапії. *Український медичний часопис*. 2023. №5 (157). С. 56-64.

68. Царенко Л. Феномен тривожності та його психологічні аспекти. *Актуальні проблеми психології*. 2015. Т. 7, Вип. 38. С. 479-491.

69. Чабан О., Хаустова О., Сак Л. Психосоматичний підхід до діагностики та терапії тривоги у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями. *PMGP*. 2020. Т. 5, № 1. С. 122-129.

70. Чабан О., Хаустова О., Сак Л. Психосоматичний підхід до діагностики та терапії тривоги у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2020. Т. 5, №1. С. 89-97

71. Червинська О. М. Психосоматика. Психосоматичні розлади. Психосоматичний підхід. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2013. № 2. С. 70-72.

72. Чорна Н. В. Вплив біосугестивної терапії на зниження симптомів тривожних розладів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2024. Вип. 4. С. 64–67.

73. Чорний С.В. Нейро- та психофізіологічний аналіз стану тривожності у людини : дис. ... канд. біолог. наук. Сімферополь, 2007. 201 с.

74. Ярмиш І. О. Поведінкові стратегії особистості в «значущих ситуаціях». *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ, 2016. Т. 15, Ч. 2. С. 472-479.

75. Ясточкіна І. Особистісна тривожність як соціально-спихологічна проблема. *Вісник Львівського університету*. 2020. Вип. 6. С. 165-170

76. Ясточкіна І. А. Психологічні чинники виникнення та корекція особистісної тривожності у ранньому юнацькому віці : автореф. дис... канд. псих. наук. Київ, 2011. 28 с.

77. Alexander F. Psychosomatic medicine: its principles and applications. 2-d edith. New York: The Ronald Press Company, 1998. 353 p.

78. Antonovski A. Rozviklanie taemnici zdrowia. Warshawa. 2016. S. 32-39.

79. Groddeck G. The Meaning of Illness: Selected Psychoanalytic Writings. 2-d edith. New York: International Universities Press, 1999. 270 p.

80. Antonovski A. Rozviklanie taemnici zdrowia. Warshawa, 2016. S. 32-39.

81. Figley C. Trauma and its wake. Vol. 2. New York : Brunner-Mazel. 2017. 167 p.

82. Freud S. Inhibitions, Symptoms and Anxiety. 5-th edit. NY: University Press, 2012. 198 p.

83. Fromm E. On Being Human. 3-d edit. London: The Continuum International Publishing Group Ltd., 2009. 101 p.
84. James W. The Principles of Psychology. New York, 1980. 720 p.
85. Hendrika Vande Kemp. Harry Stack Sullivan (1892-1949): Hero, Ghost, and Muse. *Saints and Rogues: Conflicts and Convergence in Psychotherapy*. 2004. №4. P. 10-14
86. Horney K. The neurotic personality of our time. Introspection. 3-d edit. NY: W.W. Norton & Compan, 2013. 304 p.
87. Liebmann M. Art Therapy for Groups: A Handbook of Themes, Games and Exercises. Cambridge, MA : Brooklyn Books, 2009. 206 p.
88. May R. The Meaning of Anxiety. 2-d edition. N.Y. : Pocket Books, 2002. 178 p.
89. Mead G.H. The philosophy of the present / Ed. By A Murphy. Chicago, 2017. 129 p.
90. Spielberger C. D., Gaudry E. Anxiety and Educational Achievement. 2-d edit. Sydney: Wiley, 2010. P. 86-95
91. Starshenbaum G.V. Forms and methods of crisis psychotherapy. N.Y: University Press, 2016. 120 p.

## ДОДАТКИ

Додаток А

### «Тест на тривожність GAD-7» (за авторства Р.Л. Спітцера)

Мета тесту: тест призначений для виявлення тривожності, оцінки її ваги й моніторингу змін стану респондента.

Тест включає сім питань, за якими оцінюється частоту симптомів тривожності протягом останніх двох тижнів, кожне питання оцінюється за чотирибальною шкалою.

Обробка та інтерпретація результатів: відповідь 1 – 0 балів; 2 – 1 бал; 3 – 2 бали; 3 – 3 бали.

Рівні тривожності:

0-7 балів – низький рівень тривожності (виразності тривоги), хороше самопочуття. Прояви, властиві для генералізованого тривожного розладу відсутні.

8-14 балів – тривожність середнього рівня. Спостерігаються деякі прояви, властиві для генералізованого тривожного розладу.

15-21 бал – тривожність високого рівня. Спостерігаються усі прояви, властиві для генералізованого тривожного розладу.

Інструкція до тесту: «Дайте максимально чесні відповіді на питання тесту».

Запитання тесту:

1. Як часто за останні два тижні ви відчували підвищену збудливість, занепокоєння, дратівливість?

- а) цього не було зовсім
- б) в окремі дні
- в) більше половини днів
- г) щодня

2. Як часто за останні два тижні ви відчували здатність упоратися із хвилюванням?

- а) цього не було зовсім
- б) в окремі дні
- в) більше половини днів
- г) щодня

3. Як часто за останні два тижні ви відчували надмірне занепокоєння з різних причин?

- а) цього не було зовсім
- б) в окремі дні
- в) більше половини днів
- г) щодня

4. Як часто за останні два тижні ви відчували труднощі або повну неможливість розслабитися?

- а) цього не було зовсім
- б) в окремі дні
- в) більше половини днів
- г) щодня

5. Як часто за останні два тижні ви відчували крайній ступінь занепокоєння, коли «не могли знайти собі місця»?

- а) цього не було зовсім
- б) в окремі дні
- в) більше половини днів
- г) щодня

6. Як часто за останні два тижні ви легко дратувалися або «виходили із себе»?

- а) цього не було зовсім

- б) в окремі дні
- в) більше половини днів
- г) щодня

7. Як часто за останні два тижні у вас було відчуття, що може трапитися щось жахливе?

- а) цього не було зовсім
- б) в окремі дні
- в) більше половини днів
- г) щодня

### Зразки шкал та ключі для інтерпретації за методикою «Шкала тривожності Ч. Спілбергера»

Інструкція: Перед вами дві шкали.

Шкала 1 – Шкала ситуативної тривожності (СТ). Будь ласка, прочитайте уважно кожне з тверджень у таблиці і закресліть відповідну цифру праворуч в залежності від того, як ви відчуваєте себе в даний момент. Не задумуйтеся довго над питаннями. У залежності від самопочуття в даний момент закресліть (запишіть) найбільш підходящу для вас цифру: «1» – ні, це зовсім не так; «2» – мабуть, так; «3» – вірно; «4» – цілком правильно.

Шкала 2 – Шкала особистісної тривожності (ОТ). Будь ласка, прочитайте уважно кожне з тверджень у таблиці і закресліть відповідну цифру праворуч в залежності від того, як ви себе відчуваєте звичайно. Не задумуйтеся довго над питаннями. Цифри праворуч означають: «1» – майже ніколи; «2» – іноді; «3» – часто; «4» – майже завжди).

Шкала 1.

| №<br>п/п | Судження                                    | Відповіді        |                |       |                     |
|----------|---------------------------------------------|------------------|----------------|-------|---------------------|
|          |                                             | ні, це не<br>так | мабуть,<br>так | вірно | цілком<br>правильно |
| 1        | Я спокійний                                 | 1                | 2              | 3     | 4                   |
| 2        | Мені ніщо не загрожує                       | 1                | 2              | 3     | 4                   |
| 3        | Я знаходжуся в напрузі                      | 1                | 2              | 3     | 4                   |
| 4        | Я внутрішньо скований                       | 1                | 2              | 3     | 4                   |
| 5        | Я відчуваю себе вільно                      | 1                | 2              | 3     | 4                   |
| 6        | Я розстроєний                               | 1                | 2              | 3     | 4                   |
| 7        | Мене хвилюють можливі невдачі               | 1                | 2              | 3     | 4                   |
| 8        | Я відчуваю душевний спокій                  | 1                | 2              | 3     | 4                   |
| 9        | Я стривожений                               | 1                | 2              | 3     | 4                   |
| 10       | Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення | 1                | 2              | 3     | 4                   |
| 11       | Я впевнений у собі                          | 1                | 2              | 3     | 4                   |
| 12       | Я нервую                                    | 1                | 2              | 3     | 4                   |
| 13       | Я не знаходжу собі місця                    | 1                | 2              | 3     | 4                   |
| 14       | Я напружений                                | 1                | 2              | 3     | 4                   |
| 15       | Я не відчуваю скутості, напруженості        | 1                | 2              | 3     | 4                   |
| 16       | Я задоволений                               | 1                | 2              | 3     | 4                   |
| 17       | Я заклопотаний                              | 1                | 2              | 3     | 4                   |
| 18       | Я занадто збуджений, і мені не по собі      | 1                | 2              | 3     | 4                   |
| 19       | Мені радісно                                | 1                | 2              | 3     | 4                   |
| 20       | Мені приємно                                | 1                | 2              | 3     | 4                   |

## Шкала 2.

| №<br>п/п | Судження                                                          | Відповіді |                 |       |                 |
|----------|-------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|-------|-----------------|
|          |                                                                   | ніколи    | майже<br>ніколи | часто | майже<br>завжди |
| 21       | У мене буває піднятий настрій                                     | 1         | 2               | 3     | 4               |
| 22       | Я буваю дратівливим                                               | 1         | 2               | 3     | 4               |
| 23       | Я легко можу прокинутися                                          | 1         | 2               | 3     | 4               |
| 24       | Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші                      | 1         | 2               | 3     | 4               |
| 25       | Я сильно переживаю неприємності і довго не можу про них забути    | 1         | 2               | 3     | 4               |
| 26       | Я почуваю приплив сил, бажання працювати                          | 1         | 2               | 3     | 4               |
| 27       | Я спокійний, холонокровний і зібраний                             | 1         | 2               | 3     | 4               |
| 28       | Мене тривожать можливі труднощі                                   | 1         | 2               | 3     | 4               |
| 29       | Я занадто переживаю через дрібниці                                | 1         | 2               | 3     | 4               |
| 30       | Я буваю цілком щасливий                                           | 1         | 2               | 3     | 4               |
| 31       | Я усе приймаю близько до серця                                    | 1         | 2               | 3     | 4               |
| 32       | Мені не вистачає впевненості в собі                               | 1         | 2               | 3     | 4               |
| 33       | Я почуваю себе беззахисним                                        | 1         | 2               | 3     | 4               |
| 34       | Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів                | 1         | 2               | 3     | 4               |
| 35       | У мене буває нудьга                                               | 1         | 2               | 3     | 4               |
| 36       | Я буваю задоволений                                               | 1         | 2               | 3     | 4               |
| 37       | Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене                       | 1         | 2               | 3     | 4               |
| 38       | Буває, що я почуваю себе невдахою                                 | 1         | 2               | 3     | 4               |
| 39       | Я урівноважена людина                                             | 1         | 2               | 3     | 4               |
| 40       | Мене охоплює занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи | 1         | 2               | 3     | 4               |

## Інтерпретація

| Шкала СТ     |      |   |   |   |  | Шкала ОТ     |      |   |   |   |
|--------------|------|---|---|---|--|--------------|------|---|---|---|
| Номер<br>п/п | Бали |   |   |   |  | Номер<br>п/п | Бали |   |   |   |
| 1            | 4    | 3 | 2 | 1 |  | 21           | 4    | 3 | 2 | 1 |
| 2            | 4    | 3 | 2 | 1 |  | 22           | 1    | 2 | 3 | 4 |
| 3            | 1    | 2 | 3 | 4 |  | 23           | 1    | 2 | 3 | 4 |
| 4            | 1    | 2 | 3 | 4 |  | 24           | 1    | 2 | 3 | 4 |
| 5            | 4    | 3 | 2 | 1 |  | 25           | 1    | 2 | 3 | 4 |
| 6            | 1    | 2 | 3 | 4 |  | 26           | 4    | 3 | 2 | 1 |
| 7            | 1    | 2 | 3 | 4 |  | 27           | 4    | 3 | 2 | 1 |
| 8            | 4    | 3 | 2 | 1 |  | 28           | 1    | 2 | 3 | 4 |
| 9            | 1    | 2 | 3 | 4 |  | 29           | 1    | 2 | 3 | 4 |
| 10           | 4    | 3 | 2 | 1 |  | 30           | 4    | 3 | 2 | 1 |
| 11           | 4    | 3 | 2 | 1 |  | 31           | 1    | 2 | 3 | 4 |
| 12           | 1    | 2 | 3 | 4 |  | 32           | 1    | 2 | 3 | 4 |
| 13           | 1    | 2 | 3 | 4 |  | 33           | 1    | 2 | 3 | 4 |
| 14           | 1    | 2 | 3 | 4 |  | 34           | 1    | 2 | 3 | 4 |
| 15           | 4    | 3 | 2 | 1 |  | 35           | 1    | 2 | 3 | 4 |
| 16           | 4    | 3 | 2 | 1 |  | 36           | 4    | 3 | 2 | 1 |
| 17           | 1    | 2 | 3 | 4 |  | 37           | 1    | 2 | 3 | 4 |
| 18           | 1    | 2 | 3 | 4 |  | 38           | 1    | 2 | 3 | 4 |
| 19           | 4    | 3 | 2 | 1 |  | 39           | 4    | 3 | 2 | 1 |
| 20           | 4    | 3 | 2 | 1 |  | 40           | 1    | 2 | 3 | 4 |
| СТ =         |      |   |   |   |  | ОТ =         |      |   |   |   |

Показники СТ і ОТ підраховуються за формулами:

$$СТ = E_1 - E_2 + 35,$$

де  $E_1$  – сума закреслених цифр на бланку шкали 1 по пунктах шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$E_2$  – сума інших закреслених цифр (пунктам 1, 2, 5, 8, 10, 15, 16, 19, 20).

$$ОТ = E_1 - E_2 + 35,$$

де  $E_1$  – сума закреслених цифр на бланку по пунктах шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$E_2$  – сума інших закреслених цифр по пунктах 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Під час аналізу отриманих даних слід враховувати, що загальний показник за кожною шкалою може варіюватися в межах від 20 до 80 балів. Вищий підсумковий показник свідчить про вищий рівень тривожності (ситуативної або особистісної). Для інтерпретації результатів можна використовувати такі орієнтири: до 30 балів – низький рівень тривожності, 31-44 бали – помірний рівень, 45 і більше балів – високий рівень.

### Методика PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15)

PHQ-15 – це стандартизований опитувальник, створений у межах «Програми оцінки здоров'я пацієнтів (Patient Health Questionnaire)». Його мета – виявити частоту та інтенсивність соматичних симптомів, які можуть бути пов'язані зі стресом, тривожністю або депресивними станами.

Опитувальник складається з 15 пунктів, кожен із яких описує поширені тілесні симптоми (наприклад, біль у шлунку, запаморочення, порушення сну, втому тощо). Респонденту пропонується оцінити, наскільки його турбував кожен симптом за останні 4 тижні за наступною шкалою: 0 – зовсім не турбував; 1 – дещо турбував, 2 – турбував сильно.

Обробка результатів полягає у тому, що підраховується загальна сума балів, набраних кожним педагогом. Інтерпретація: 0-4 балів – мінімальний рівень соматичних симптомів; 5-9 балів – низький рівень; 10-14 балів – середній рівень; 15 і більше балів – високий рівень соматичних проявів.

Чим вищим є загальний бал, тим більш вираженими є психосоматичні симптоми, і тим вищим є ризик соматоформного розладу або психоемоційного виснаження.

#### Бланк опитувальника

| Наскільки часто вас турбував кожен симптом за останні 4 тижні |                                                                       | зовсім не турбував<br>0 | турбував трохи<br>1 | турбував сильно<br>2 |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------|----------------------|
| 1                                                             | Біль у шлунку                                                         |                         |                     |                      |
| 2                                                             | Біль у спині                                                          |                         |                     |                      |
| 3                                                             | Біль у руках, ногах або суглобах                                      |                         |                     |                      |
| 4                                                             | Менструальні болі (для жінок)                                         |                         |                     |                      |
| 5                                                             | Головні болі                                                          |                         |                     |                      |
| 6                                                             | Біль у грудях                                                         |                         |                     |                      |
| 7                                                             | Запаморочення                                                         |                         |                     |                      |
| 8                                                             | Відчуття неприємності або слабкості                                   |                         |                     |                      |
| 9                                                             | Прискорене серцебиття або сильне биття серця                          |                         |                     |                      |
| 10                                                            | Задишка                                                               |                         |                     |                      |
| 11                                                            | Утруднення під час ковтання або «ком у горлі»                         |                         |                     |                      |
| 12                                                            | Проблеми зі шлунково-кишковим трактом (нудота, здуття, діарея, запор) |                         |                     |                      |
| 13                                                            | Порушення сну                                                         |                         |                     |                      |
| 14                                                            | Відчуття постійної втоми                                              |                         |                     |                      |
| 15                                                            | Проблеми з сексуальним бажанням або функцією                          |                         |                     |                      |

### Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9)

Це короткий, стандартизований опитувальник для виявлення соматичних симптомів, а також симптомів депресії та оцінки її вираженості.

Анкета складається з 9 тверджень, кожне з яких відповідає одному з симптомів. Респондент оцінює, як часто його турбував кожен із симптомів за останні 2 тижні за 4-бальною шкалою: 0 – зовсім ні (симптом відсутній), 1 – кілька днів (симптом зрідка проявлявся); 2 – більше половини днів (симптом турбував досить часто); 3 – майже щодня (симптом проявлявся постійно). Після заповнення анкети підраховується загальна сума балів (0-27) та визначається рівень вираженості симптомів.

#### Бланк опитувальника

|                                                            |                                                                                                                                                                   |                      |                         |                            |                   |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------|
| П.І.П. _____<br>Дата _____                                 |                                                                                                                                                                   |                      |                         |                            |                   |
| Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви? |                                                                                                                                                                   | Не турбували взагалі | Протягом декількох днів | Більше половини цього часу | Майже кожного дня |
| 1.                                                         | Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)                                                                  |                      |                         |                            |                   |
| 2.                                                         | Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності                                                                                                         |                      |                         |                            |                   |
| 3.                                                         | Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон                                                                                                    |                      |                         |                            |                   |
| 4.                                                         | Почуття втоми або знесилання (занепад сил)                                                                                                                        |                      |                         |                            |                   |
| 5.                                                         | Поганий апетит чи навпаки - переїдання                                                                                                                            |                      |                         |                            |                   |
| 6.                                                         | Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини                        |                      |                         |                            |                   |
| 7.                                                         | Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)                                                                  |                      |                         |                            |                   |
| 8.                                                         | Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай |                      |                         |                            |                   |
| 9.                                                         | Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином                                                                    |                      |                         |                            |                   |
| Сума                                                       |                                                                                                                                                                   |                      |                         |                            |                   |

Загальний бал = \_\_\_\_\_

## Критерії оцінки результатів за PHQ-9

| Загальний бал | Важкість стану                                             |
|---------------|------------------------------------------------------------|
| 0 - 4         | Соматичні симптоми та депресія відсутні                    |
| 5 - 9         | Легкі соматичні симптоми та легка («субклінічна») депресія |
| 10 - 14       | Помірної тяжкості соматичні симптоми та депресія           |
| 15 - 19       | Середньої тяжкості соматичні симптоми та депресія          |
| 20 - 27       | Тяжкі соматичні симптоми та депресія                       |

## Повний опис програми корекції психосоматичних проявів у осіб із тривожністю

### ЕТАП 1. Вступний мотиваційний.

Тривалість: 1 заняття (60-90 хвилин).

План заняття:

1. Ознайомлення з метою та завданнями програми.
2. Формування безпечної атмосфери, правил групи.
2. Визначення очікувань, складання «індивідуальної карти змін».
4. Вправа: «Моя тривога – мій сигнал» (метафоричне осмислення тривоги не як ворога, а як послання від тіла).

Завдання заняття:

1. Ознайомити учасників з метою, структурою та принципами роботи програми.
2. Встановити емоційний контакт між психологом і учасниками, а також між самими учасниками.
3. Зняти початкову напругу й недовіру.
4. Сприяти усвідомленню учасниками власного рівня тривоги, тілесних відчуттів та очікувань від програми.

Хід заняття:

1. *Вступне слово психолога (10–15 хв.):*

- привітання, коротке представлення, опис мети і логіки програми;
- пояснення принципів роботи: добровільність, конфіденційність, повага, «тут і тепер»;
- коротка бесіда: «Що ви очікуєте від цієї програми? Які зміни хотіли б помітити у собі через кілька тижнів?»;
- результат: створення довірливої атмосфери, розуміння мети участі.

2. *Вправа «Правила нашої групи» (10 хв.)*

Мета: створення спільного безпечного простору.

Хід вправи: психолог пропонує учасникам разом виробити правила, які допоможуть почуватися комфортно.

Можливі варіанти: «говорити по черзі», «не оцінювати», «не давати поради без прохання», «зберігати конфіденційність», «бути доброзичливим».

Всі правила записуються на аркуші та вивішуються на видному місці.

Обговорення:

- Яке з правил для вас найважливіше? Чому?

Очікуваний результат: формування спільної відповідальності та відчуття безпеки.

3. *Вправа «Знайомство через символ» (15 хв.)*

Мета: налагодити контакт і зняти початкову тривогу.

Хід вправи: психолог роздає кольорові картки або невеликі аркуші паперу.

Завдання: намалювати будь-який символ або образ, який асоціюється із власним станом «тепер (зараз)». Наприклад: «шторм», «сонце», «камінь», «річка», «замкнене вікно»).

Кожен по черзі коротко розповідає: «Мій символ – ..., тому що зараз я відчуваю ...».

Психолог підкріплює висловлювання без оцінки, дякує за відкритість.

Обговорення:

- Що об'єднує ваші символи?

- Як ви почуваетесь після того, як поділилися?

Очікуваний результат: учасники відчують емоційний контакт, знижується напруга, з'являється групова довіра.

#### 4. Вправа «Моя тривога – мій сигнал» (20-25 хв.)

Мета: змінити ставлення до тривоги з негативного («ворог») на усвідомлене («помічник, сигнал»).

Матеріали: аркуші А4, олівці, маркери.

Хід вправи:

А. Психолог коротко пояснює: «Тривога – це не завжди ворог. Часто вона – сигнал, що щось важливе потребує нашої уваги. Спробуймо подивитись на неї по-новому».

Б. Завдання: намалювати свою тривогу як істоту, образ, колір або форму.

В. Потім – додати до малюнка:

- Що вона хоче мені сказати?
- Чого вона мене навчає?
- Як я можу з нею взаємодіяти, щоб вона допомагала мені, а не заважала?

Г. Після завершення – добровільне представлення своїх малюнків у колі.

Обговорення:

- Якою виявилася ваша тривога?
- Що нового ви зрозуміли про неї?
- Чи змінюється ваше ставлення, коли ви бачите її як сигнал?

Очікуваний результат: учасники починають сприймати тривогу не як загрозу, а як ресурс для самопізнання; формується початкова установка на зміну.

#### 5. Підсумкова рефлексія «Мій крок до спокою» (10 хв.)

Мета: закріпити позитивний настрій і створити установку на подальшу роботу.

Хід вправи:

Психолог пропонує кожному завершити фразу:

- «Сьогодні я зрозумів(ла), що...»
- «Для мого спокою я можу зробити...»

Кожен ділиться коротко в колі або записує на картці. Можна зібрати картки у «схриньку спокою», до якої група повертатиметься наприкінці програми.

Очікуваний результат: створюється установка на розвиток, зростає відчуття внутрішнього контролю, учасники виходять із заняття в стабільнішому стані.

## ЕТАП 2. Психосвітний.

Тривалість: 3 заняття (по 60-90 хвилин).

### Заняття 1. Тіло як дзеркало емоцій.

Мета заняття:

- допомогти учасникам усвідомити зв'язок між емоціями й тілесними відчуттями;
- навчити розпізнавати «сигнали тіла», що свідчать про напруження або тривогу;
- сприяти формуванню навички тілесного самостереження.

Хід заняття:

#### 1. Вступна частина (10 хв.)

Коротке обговорення:

- «Що нового ви помітили у своєму тілі після першого заняття?»
- «У яких ситуаціях ви відчували напруження чи тривогу цього тижня?»

Мета – налаштувати на усвідомлення власних тілесних реакцій.

#### 2. Міні-лекція «Як тіло говорить з нами» (10-15 хв.)

Психолог пояснює простими словами: «Емоції – це не лише почуття, а й фізіологічна реакція організму. Коли ми тривожимося, тіло «вмикає режим небезпеки»: серце б'ється швидше, м'язи напружуються, дихання стає поверхневим. Якщо напруга не знімається –

виникають «психосоматичні симптоми» (головний біль, біль у спині, шлунку, безсоння тощо)».

Ключова ідея: тіло не ворог, воно лише намагається нас попередити.

### 3. Вправа «Карта тіла» (25 хв.)

Мета: навчити розпізнавати зони напруження, пов'язані з емоціями.

Матеріали: аркуш із контуром людського тіла, кольорові олівці, маркери.

Хід вправи:

1. Психолог роздає контур тіла та просить учасників пригадати ситуацію, коли вони відчували тривогу або стрес.

2. Завдання – зафарбувати або позначити кольорами ті ділянки тіла, де тоді відчувалася напруга, біль, тиск, «холод», «вогонь» тощо.

3. Потім інший колір – зони, де зазвичай відчувається спокій чи розслаблення.

4. Коли всі закінчили, проводиться обговорення:

- Де у вашому тілі живе тривога?
- Що відчуває ваше тіло, коли ви спокійні?

Психологічне обґрунтування: ця вправа формує тілесну усвідомленість - базову навичку, без якої неможлива саморегуляція.

Очікуваний результат: учасники починають розпізнавати фізичні прояви емоцій, розуміють, що тіло – «індикатор» психічного стану.

### 4. Вправа «Слухаю своє тіло» (10 хв.)

Мета: навчити короткої практики усвідомленого тілесного сканування.

Хід вправи:

1. Психолог пропонує учасникам зручно сісти, заплющити очі.

2. Повільно спрямувати увагу на різні частини тіла – голову, плечі, руки, спину, живіт, ноги.

3. Відчутти, де є напруга, а де розслаблення.

4. Завершення фразою: «Подякуйте своєму тілу за те, що воно вас підтримує».

Очікуваний результат: зниження внутрішньої напруги, розвиток усвідомленого ставлення до свого тіла.

### 5. Підсумкова рефлексія (10 хв.)

Питання для обговорення:

- Що нового я дізнався сьогодні про своє тіло?
- Де воно найчастіше говорить про тривогу?
- Що я можу зробити, щоб йому допомогти?

### Заняття 2. Цикл тривоги: думки – емоції – тіло – поведінка.

Мета заняття:

- допомогти учасникам усвідомити, як думки викликають тілесні реакції;
- навчити відслідковувати власний цикл тривоги;
- сформулювати розуміння, що змінюючи думки, можна змінювати самопочуття.

Хід заняття:

#### 1. Вступна частина (10 хв.)

Коротке коло:

- Що ви помітили у своєму тілі після минулого заняття?
- Чи вдалося відстежити, коли з'являється напруга?

#### 2. Міні-лекція «Як працює цикл тривоги» (15 хв.)

Психолог пояснює схему:

Подія → Думка → Емоція → Реакція тіла → Поведінка

Приклад: Я відчув біль у серці → подумав, що це щось серйозне → злякався → тіло напружалося ще більше → паніка посилювалася.

Висновок: ми не можемо одразу керувати тілом, але можемо впливати через думку.

#### 3. Вправа «Мій цикл тривоги» (25 хв.)

Мета вправи: допомогти учасникам усвідомити власні ланцюги тривожних реакцій.

Матеріали: аркуші з шаблоном кола (Ситуація – Думка – Емоція – Реакція тіла – Поведінка).

Хід вправи:

1. Кожен обирає ситуацію, у якій часто відчуває тривогу.
2. Заповнює коло, описуючи свої реакції.
3. Потім обговорення у парах:

- Що є головним пусковим моментом?
- Чи можна змінити думку, щоб реакція була м'якшою?

Очікуваний результат: учасники розуміють власні «сценарії тривоги», бачать точки, у які можна втрутитися.

#### 4. Міні-вправа «Заміни думку» (15 хв.)

Мета вправи: навчити знаходити більш реалістичні альтернативи тривожним переконанням.

Хід вправи:

Психолог пропонує типові тривожні думки:

- Я не впораюсь...
- Зі мною щось не так...
- Якщо я розслаблюсь – станеться щось погане...

Завдання: знайти альтернативу у форматі «Так, але...».

Наприклад: Так, мені складно, але я можу спробувати; Так, я відчуваю напругу, але це тимчасово.

Очікуваний результат: перші кроки до когнітивної перебудови мислення.

#### 5. Підсумкова вправа «Маленький експеримент» (10 хв.)

Кожен обирає одну тривожну ситуацію і домовляється провести «експеримент»: змінити думку або дію → спостерігати, як реагує тіло.

(Результати обговорюються на наступному занятті.)

### **Заняття 3. Як тіло реагує на стрес.**

Мета заняття:

- навчити розпізнавати власні тілесні сигнали тривоги;
- показати, як через тіло можна знизити емоційну напругу;
- закріпити розуміння взаємозв'язку «тіло – емоція – думка».

Хід заняття:

#### 1. Обговорення «Мій експеримент» (10 хв.).

Кожен ділиться, чи вдалося змінити своє самопочуття, коли він змінював думку або реакцію.

#### 2. Міні-лекція «Як тіло реагує на небезпеку» (10 хв.).

Пояснюється реакція «бий – біжи – завмири»:

- прискорене серцебиття, напруга м'язів, пітливість – це не небезпека, а «захисна реакція»;
- якщо не «вивільнити» енергію, вона накопичується → соматичні симптоми.

#### 3. Вправа «Тіло у стресі» (20 хв.)

Мета вправи: навчити відчувати різницю між напругою і розслабленням.

Хід вправи:

1. Психолог просить учасників по черзі напружувати певні групи м'язів (руки, плечі, живіт, ноги), утримувати 5 секунд і повністю розслабляти.
  2. Звернути увагу, як змінюється відчуття до і після.
  3. Потім коротка дискусія:
- Які відчуття при напрузі?
  - Що ви відчули, коли дозволили собі розслабитися?

Очікуваний результат: перше тілесне усвідомлення контролю над напругою.

#### 4. Вправа «Дихання спокою» (15 хв.)

Мета вправи: сформувати базову навичку дихальної саморегуляції.

Хід вправи:

Психолог показує техніку «дихання квадратом»:

- вдих – 4 секунди
- затримка – 4 секунди
- видих – 4 секунди
- затримка – 4 секунди

Учасники виконують 5-6 циклів, спостерігаючи за тілом.

Обговорення: «Як змінився ваш стан після декількох хвилин дихання?»

Очікуваний результат: зниження частоти дихання і серцебиття, стабілізація емоцій.

### 5. Завершальна вправа «Мій ресурс спокою» (10 хв.)

Мета вправи: закріпити позитивне тілесне відчуття спокою.

Хід вправи:

Психолог пропонує закрити очі та згадати момент, коли було добре і спокійно.

Просить відмітити, де в тілі живе цей спокій. Потім зробити глибокий вдих і «запам'ятати» це відчуття.

Очікуваний результат: формування «якірного» тілесного стану спокою, який можна викликати в тривожних ситуаціях.

## ЕТАП 3. Когнітивно-поведінковий.

Тривалість: 4 заняття (по 60-90 хвилин).

### Заняття 1. Як наші думки створюють тривогу.

Мета заняття: допомогти учасникам усвідомити взаємозв'язок між ситуацією, думками, емоціями, тілесними відчуттями і поведінкою.

Хід заняття:

#### 1. Вступна частина (10 хв.)

Коротке нагадування про попередній етап, обговорення «домашнього спостереження за тривогою». Запитання:

- У яких ситуаціях ви найчастіше відчували тривогу цього тижня?

#### 2. Вправа «Ланцюг тривоги» (25 хв.)

Мета вправи: показати, як думки впливають на емоції та тілесні реакції.

Хід вправи:

На дошці або фліпчарті психолог малює схему: \*СИТУАЦІЯ → ДУМКИ → ЕМОЦІЇ → ТІЛЕСНІ ВІДЧУТТЯ → ПОВЕДІНКА

Приклад: Я бачу, що керівник насупився → думаю: «Він мною незадоволений» → відчуваю страх → з'являється напруга у животі → мовчу, уникаю спілкування.

Кожен учасник на аркуші записує власний приклад. Потім у колі обговорюється:

- Яка думка стала «пусковим механізмом»?
- Чи була вона фактами підтверджена?

Очікуваний результат: усвідомлення ролі мислення у формуванні тривоги.

#### 3. Вправа «Перевір свої думки» (30 хв.)

Мета вправи: навчити ставити під сумнів автоматичні негативні переконання.

Хід вправи:

##### 1. Учасникам видається «Таблиця когнітивної реструктуризації»:

| Ситуація | Автоматична думка | Емоція | Альтернативна думка | Нове почуття |
|----------|-------------------|--------|---------------------|--------------|
|          |                   |        |                     |              |
|          |                   |        |                     |              |

##### 2. Кожен обирає реальну ситуацію, де відчував тривогу.

3. Психолог допомагає знайти альтернативну інтерпретацію:

- Я боюся, що всі помітять мою помилку → Кожен може помилятись, це нормально
- Мене не схвалили, значить, я нікчемний → Мене могли не схвалити через обставини, не через мою цінність

4. Групове обговорення, підкріплення позитивних змін.

Очікуваний результат: зменшення катастрофізації, формування гнучкого мислення.

4. Вправа «Маленький крок – велика зміна» (15 хв.)

Мета вправи: сформулювати відчуття контролю над своїми думками та діями.

Хід вправи:

Учасники пишуть 1 дію, яку вони можуть зробити цього тижня, щоб зменшити тривогу (наприклад, «посплю на годину довше», «підіти на прогулянку замість прокручування думок»).

Обговорення у парах.

Результат: підкріплення мотивації до змін.

### **Заняття 2. Вчимося керувати тілом і диханням.**

Мета: навчити методів тілесного саморегулювання для зниження соматичних проявів тривоги.

1. Вправа «Сканування тіла» (20 хв.)

Мета вправи: навчити усвідомлювати тілесні сигнали напруги.

Хід вправи:

- Учасники сідають зручно, заплющують очі.
- Психолог спокійно говорить: «Сфокусуйтеся на диханні... Тепер відчуйте лоб, шию, плечі, руки, живіт...» (поступово «проходимо» все тіло).

Потім обговорення:

- Де ви помітили найбільше напруження?

Очікуваний результат: розвиток тілесної усвідомленості.

2. Вправа 2. «Дихання 4-7-8» (15 хв.).

Мета вправи: тренування навички заспокоєння через дихання.

Хід вправи:

- вдих – 4 секунди, затримка – 7 секунд, видих – 8 секунд.

Повторюється 5-6 разів.

Психолог пояснює: «Це техніка швидкого відновлення рівноваги у будь-якій ситуації».

3. Вправа «Тіло як компас» (25 хв.)

Мета вправи: навчити сприймати тілесні відчуття як сигнали, а не загрозу.

Хід вправи:

На аркуші – контур тіла. Учасники позначають кольором, де зазвичай «живе» тривога (стиснення у грудях, клубок у горлі тощо). Потім психолог ставить питання:

- Що це відчуття хоче мені сказати?
- Коли я це відчуваю найчастіше?
- Як я можу дати своєму тілу більше спокою?

Очікуваний результат: формування партнерського ставлення до тіла.

4. Вправа «Моя зона спокою» (10 хв.)

Мета вправи: закріплення релаксаційних навичок.

Хід вправи:

Учасники створюють уявний «спокійний простір»: місце, де вони почуваються безпечно. Використовується коротка візуалізація з музикою.

Очікуваний результат: створення внутрішнього ресурсу.

### **Заняття 3. Заміна деструктивних переконань.**

Мета заняття: виявити і трансформувати глибинні ірраціональні переконання («Я повинен бути ідеальним», «Я не маю права помилятись»).

1. Вправа «Мої внутрішні правила» (25 хв.)

Хід вправи:

Психолог пропонує завершити речення:

- «Я повинен(на)...»
- «Я не можу...»
- «Інакше....»

Потім групове обговорення: які з цих правил допомагають, а які обмежують?

Психолог пояснює поняття «перфекціонізм», «катастрофізація», «чорно-біле мислення».

#### 2. Вправа «Спіймай думку – зміни сценарій» (30 хв.)

Мета вправи: навчити змінювати саморуйнівні думки на реалістичні.

Хід вправи:

1. Психолог пропонує короткі життєві ситуації («Я запізнився на прийом до лікаря», «Мене розкритикували»).

2. Учасники фіксують свою першу думку.

3. Потім – альтернативну: «Як би я міг подумати, щоб зберегти спокій?»

4. Обговорення у групі, підкріплення успішних прикладів.

#### 3. Вправа «Щоденник думок» (домашнє завдання).

Мета вправи: перенесення навички в реальне життя.

Форма: таблиця (ситуація – думка – емоція – альтернативна думка).

Обговорення заплановане на наступному занятті.

#### Заняття 4. Вчимося діяти інакше.

Мета заняття: закріпити нові способи поведінки, навчити реагувати конструктивно в ситуаціях тривоги.

##### 1. Вправа «Мої три зони впливу» (20 хв.)

Мета вправи: розрізняти, що людина може, а чого не може контролювати.

Хід вправи:

Малюється три кола:

- 1) внутрішнє: те, що я контролюю (мої дії, реакції);
- 2) середнє: те, на що можу впливати частково;
- 3) зовнішнє: те, що поза моїм контролем.

Обговорення:

- На що я витрачаю забагато енергії?
- Що можу змінити прямо зараз?

##### 2. Вправа «Страх і крок назустріч» (30 хв.).

Мета вправи: поступово долати уникання.

Хід вправи:

1. Кожен називає одну ситуацію, якої уникає через тривогу.

2. Психолог допомагає скласти «драбинку дій» – 3 маленькі кроки до цієї ситуації.

Наприклад: «Поговорити з лікарем про свої негаразди із здоров'ям» → крок 1: зайти до кабінету → крок 2: сказати «Добрий день» → крок 3: пояснити причини звернення до лікаря.

3. Групове підкріплення, обговорення відчуттів.

##### 3. Вправа «Мій новий сценарій спокою» (20 хв.).

Мета вправи: інтеграція всіх навичок у позитивний образ себе.

Хід вправи:

Кожен створює короткий опис:

- Я, коли спокійний(а)...
- Як я думаю, відчуваю, дихаю, дію...

Потім ділиться ним в малих групах.

Очікуваний результат: формування впевненості у можливості змін.

#### ЕТАП 4. Тілесно-орієнтований і релаксаційний.

Тривалість: 3 заняття (по 60-90 хвилин).

##### **Заняття 1. Повернення до тіла: як чути себе.**

Мета заняття: підвищити тілесну усвідомленість, навчити розпізнавати напругу і сигнали тіла, пов'язані з тривогою.

Тривалість: 60-75 хвилин.

##### **1. Вправа «Тіло говорить» (15-20 хв.)**

Мета вправи: встановити контакт із тілесними відчуттями.

Хід вправи:

1. Учасники зручно сідають або лягають.

2. Психолог спокійним голосом говорить: «Закрийте очі. Відчуйте опору під тілом...

Як лежать ваші руки, ноги... Де ви зараз відчуваєте тепло, холод, поколювання, напруження?»

3. Після «сканування тіла» (5-7 хв.) – коротке обговорення:

- Що ви помітили у своєму тілі?
- Де найчастіше живе ваше напруження?
- Як тіло повідомляє вам про втому чи тривогу?

Очікуваний результат: розвиток уважності до тілесних сигналів, перші кроки до прийняття свого тіла.

##### **2. Вправа «Розтопи напруження» (20 хв.)**

Мета вправи: навчити знімати м'язове напруження через рух і дихання.

Хід вправи:

1. Учасники стоять у колі.

2. Психолог показує послідовність:

- Стиснути кулаки → видихнути й розслабити.
- Підняти плечі до вух → повільно опустити.
- Напружити м'язи обличчя → розслабити, зробити «маску спокою».
- Вільно потрусити руками, плечима, ногами.

3. Потім – короткий етап «вільного руху»: кожен рухається під спокійну музику, дозволяючи тілу «випустити» напруження.

Обговорення:

- Як змінився ваш стан після руху?
- Де стало легше?

Очікуваний результат: відновлення енергії, розслаблення великих груп м'язів.

##### **3. Вправа «Моє тіло – мій дім» (20 хв.)**

Мета вправи: закріпити відчуття прийняття тіла як ресурсу.

Хід вправи:

Учасники отримують аркуш із контуром людського тіла.

Завдання: розфарбувати ті ділянки, які здаються «надійними», «спокійними», «живими». Інші ділянки (з напруженням, болем) можна позначити темнішими кольорами.

Потім обговорення:

- Що в моєму тілі підтримує мене?
- Яке послання я хотів би передати своєму тілу?

Очікуваний результат: розвиток позитивного ставлення до тіла, довіри до власних відчуттів.

##### **Заняття 2. Дихання як інструмент спокою.**

Мета заняття: навчити учасників використовувати дихальні техніки для регуляції психосоматичних проявів і зниження рівня тривоги.

Тривалість: 70-80 хвилин

##### **1. Вправа «Дихання хвилі» (15 хв.)**

Мета вправи: відчувати природний ритм дихання і його зв'язок зі станом.

Хід вправи:

1. Психолог пропонує уявити, що дихання – це хвиля:

- вдих – хвиля піднімається.
- видих – хвиля спадає.

2. Протягом 5 хвилин учасники дихають у цьому ритмі під легку інструментальну музику.

3. Потім діляться відчуттями:

- Як змінювався мій стан?
- Чи вдалося відчувати спокій?

Очікуваний результат: встановлення природного дихального ритму, гармонізація внутрішнього стану.

2. Вправа «Розслаблення через дихання» (25 хв.)

Мета вправи: навчити керувати тілесною напругою через усвідомлене дихання.

Хід вправи:

1. Психолог навчає базовій техніці «повного дихання»: на вдиху – розширення живота → грудної клітки → верхньої частини грудей. На видиху – у зворотному порядку.

2. Потім додається формула: «Я вдихаю спокій, я видихаю напруження».

3. 10 хвилин практики у тиші.

Обговорення вправи:

- Як реагувало тіло?
- Що відчувалося найяскравіше?

Очікуваний результат: стабілізація дихання, відчуття тепла, легкості, зниження психосоматичного напруження.

3. Вправа «Дихання серцем» (15 хв.)

Мета вправи: з'єднати дихання з емоційною сферою.

Хід вправи:

Учасники кладуть руку на грудну клітку. На кожному вдиху – уявляють, що «вдихають спокій і любов», а на видиху – «випускають напруження, страх, втому». І так – 5-7 хвилин повільного дихання під ніжну музику.

Очікуваний результат: глибоке емоційне розслаблення, відчуття тепла у ділянці серця.

4. Вправа «Мій ритм дихання» (домашнє завдання).

Кожен учасник вибирає одну дихальну техніку (квадратне, хвилеподібне, повне) і практикує 5-10 хвилин щодня.

На наступному занятті коротке обговорення ефекту.

**Заняття 3. Релаксація і внутрішня рівновага.**

Мета заняття: закріпити навички глибокої релаксації, відновити відчуття внутрішнього спокою та гармонії.

Тривалість: 75-90 хвилин.

1. Вправа «Прогресивна м'язова релаксація за Джейкобсоном» (25 хв.)

Мета вправи: навчити розслабляти окремі групи м'язів для зняття соматичного напруження.

Хід вправи:

1. Психолог пояснює: «Спочатку ми напружуємо м'яз – потім повністю його розслабляємо».

2. Послідовність: кисті рук → передпліччя → плечі → обличчя → живіт → ноги.

3. Кожен цикл: напруження 5 секунд → повільний видих → розслаблення.

4. Наприкінці – коротке «плавання» у відчутті розслаблення.

Очікуваний результат: глибоке тілесне розслаблення, тепле відчуття у тілі, стабілізація серцевого ритму.

2. Вправа «Безпечне місце» (25 хв.)

Мета вправи: створити внутрішній образ спокою, до якого можна повертатись у моменти тривоги.

Хід вправи:

1. Психолог пропонує закрити очі та уявити місце, де відчуваєшся абсолютно захищено. Це може бути пляж, ліс, кімната, поле тощо.

2. Учасник «оживляє» цей простір: що він бачить, чує, відчуває.

3. Через 10 хвилин – обговорення:

- Що це місце дало вам?
- Як можна викликати це відчуття у щоденному житті?

Очікуваний результат: формування внутрішнього ресурсу, здатність самостійно викликати стан спокою.

3. *Вправа 3 «Світло всередині» (20 хв.).*

Мета вправи: закріпити досвід глибокої релаксації, енергетичного балансу.

Хід вправи:

Психолог проводить медитативну візуалізацію: «Уявіть, що у вашому серці запалюється тепле світло... Воно поширюється тілом, заповнюючи кожен клітинку спокоєм і теплом...».

10-15 хвилин у тиші. Потім учасники повільно «повертаються» і діляться відчуттями.

Очікуваний результат: глибоке відновлення, стабільний емоційний стан, відчуття гармонії.

## ЕТАП 5. Емоційно-креативний.

Тривалість: 2 заняття (по 60-90 хвилин)

### *Заняття 1. Вираження і усвідомлення емоцій через творчість.*

Мета заняття: допомогти учасникам усвідомити свої емоційні стани, навчитися їх безпечно виражати та знижувати внутрішню напругу через креативну діяльність.

1. *Вправа «Моя тривога у кольорі».*

Мета вправи: навчити учасників зовнішньо виражати свій внутрішній стан і «вивільняти» напруження.

Матеріали: папір формату А3, кольорові олівці, пастель, фломастери.

Хід вправи:

Психолог пропонує: «Уявіть, що ваша тривога – це колір, форма, лінія чи пляма. Намалюйте її так, як ви її відчуваєте зараз».

Учасники малюють у тиші 10-15 хвилин. Потім ведучий просить подивитись на малюнок і дати йому назву.

Коротке обговорення:

- Що відчували, коли малювали?
- Який колір переважає?
- Що вам хочеться зробити з цією тривоною?

Очікуваний результат: зниження емоційного напруження, підвищення усвідомленості власних емоцій.

2. *Вправа «Перетворення тривоги».*

Мета вправи: навчити трансформувати негативний емоційний стан у ресурсний.

Матеріали: ті самі малюнки з попередньої вправи.

Хід вправи:

Психолог говорить: «Спробуйте змінити свій малюнок так, щоб він став для вас більш спокійним або приємним. Можна домалювати, зафарбувати, додати інші кольори, перетворити тривогу на щось корисне чи безпечне».

Після завершення роботи учасники показують оновлений малюнок.

Обговорення:

- Що змінилося у вашому малюнку?
- Що ви відчуваєте зараз?
- Який новий сенс набув ваш малюнок?

Очікуваний результат: відчуття контролю над емоціями, зниження тривожності, формування досвіду «емоційного перетворення».

### 3. Вправа «Дихання кольором» (релаксаційне завершення).

Мета вправи: стабілізація емоційного стану після творчої роботи.

Хід вправи:

Психолог просить заплющити очі та уявити улюблений колір, який асоціюється зі спокоєм. Під час повільного дихання учасники «вдихають» цей колір, уявляючи, як він наповнює тіло, і «видихають» залишки напруження.

Тривалість – 5-7 хвилин.

Очікуваний результат: відновлення внутрішнього балансу, глибоке розслаблення, почуття легкості.

### **Заняття 2. Створення позитивного образу «Я».**

Мета заняття: сприяти формуванню позитивного емоційного образу себе, розвитку самоприйняття і віри у власні сили через творчість і групову підтримку.

#### 1. Вправа 1. «Моє безпечне місце».

Мета вправи: створити у свідомості образ простору спокою та захисту, який можна використовувати у моменти тривоги.

Матеріали: аркуші, фарби або пастель, тиха музика.

Хід вправи:

Психолог проводить коротку візуалізацію: «Уявіть місце, де вам спокійно і добре. Там немає загроз, ви у безпеці. Придивіться, що вас оточує: кольори, звуки, запахи...».

Після візуалізації учасники малюють це місце. Потім кожен коротко ділиться:

- Що є у вашому безпечному місці?
- Як ви можете повертатися туди подумки?

Очікуваний результат: створення внутрішнього ресурсу безпеки, який знижує рівень тривоги у реальному житті.

#### 2. Вправа «Я – у гармонії».

Мета вправи: інтеграція позитивних аспектів особистості, розвиток самоприйняття.

Матеріали: журнали, ножиці, клей, аркуші А3 (колаж).

Хід вправи:

Психолог пропонує зробити колаж «Я у гармонії»: «Виберіть із журналів картинки, слова, символи, які передають ваш спокій, силу, красу, мрії. Створіть композицію, яка показує, яким ви бачите себе у рівновазі».

Після завершення – презентація робіт (за бажанням).

Обговорення:

- Що символізує ваш колаж?
- Що допомагає вам відчувати гармонію?
- Що нового ви дізналися про себе?

Очікуваний результат: посилення позитивного самообразу, підвищення самооцінки, розвиток емоційного ресурсу.

#### 3. Вправа «Моє світло» (заключний ритуал).

Мета вправи: завершити етап на позитивній ноті, закріпити почуття внутрішньої сили.

Матеріали: свічка або лампа (символічно).

Хід вправи:

Психолог запалює свічку (можна використати символічне світло) і говорить: «У кожному з нас є світло, яке допомагає долати темряву тривоги. Згадайте, коли ви останній раз відчували спокій і силу. Уявіть це світло у своєму серці».

Кожен учасник по черзі ділиться короткою фразою: «Моє світло – це...».

Завершення груповим побажанням добра і спокою.

Очікуваний результат: емоційне піднесення, зміцнення віри у власні ресурси, завершення терапевтичного процесу на позитивній хвилі.

## **ЕТАП 6. Підсумково-рефлексивний.**

Тривалість: 1 заняття (60-90 хв.)

1. Вправа «Мій шлях: тоді і тепер» (15-20 хв.).

Мета вправи: усвідомлення змін, досягнутих під час програми.

Хід вправи:

Кожному учаснику видається аркуш із двома колонками:

- «Тоді» – записати свої основні проблеми, емоційні та тілесні труднощі на початку програми;
- «Тепер» – записати, що змінилося, які навички опановано, які стратегії працюють. Після заповнення – обговорення у малих групах або в колі:
- Що було найскладніше?
- Який прогрес найбільш помітний?
- Що допомогло досягти цього прогресу?

Очікуваний результат: розвиток усвідомленості власного прогресу, підвищення впевненості у власних силах.

2. Вправа «Мій особистий ресурс» (15 хв.).

Мета вправи: закріплення внутрішніх ресурсів і способів самопідтримки.

Хід вправи:

Психолог пропонує учасникам намалювати або записати на аркуші 3-5 своїх особистих ресурсів (наприклад, підтримка близьких, техніки дихання, творча діяльність, внутрішній спокій).

Кожен коротко пояснює, як буде використовувати ці ресурси у повсякденному житті.

Очікуваний результат: формування усвідомленого набору стратегій самопідтримки, підвищення самостійності у регуляції стану.

3. Вправа «Рефлексивне коло: подяка собі» (15 хв.).

Мета вправи: підвищення самоприйняття та позитивної мотивації.

Хід вправи:

Учасники стають або сидять у колі. Кожен по черзі ділиться:

- Чим я пишаюся у собі після програми?
- За що я хочу подякувати собі?

Психолог підкреслює важливість помічати власні зусилля і досягнення.

Очікуваний результат: зміцнення позитивного самосприйняття, підвищення внутрішньої мотивації.

4. Вправа «Мій план дій у майбутньому» (15-20 хв.)

Мета вправи: інтеграція навичок у повсякденне життя та планування подальшого розвитку.

Хід вправи:

Кожен учасник складає короткий план:

- Які навички буду використовувати щодня (дихання, релаксація, когнітивні вправи)?
- Як буду реагувати на тривожні ситуації?
- Які джерела підтримки використаю?

Очікуваний результат: закріплення практичних стратегій, розвиток самостійності та впевненості у подальшому житті.