

Хмельницький національний університет
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський)

Освітній рівень

ПСИХОСОМАТИЧНЕ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ ІЗ
ПОДАВЛЕНИМИ ЗАБОРОНЕНИМИ ЕМОЦІЯМИ У СІМЕЙНОМУ
ВИХОВАННІ

Назва теми

Галузь знань - 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність - 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

Шифр _____

номер ІНП

Виконала: студентка II курсу, групи ППМз-22-2 _____ Альона ПОДРА

Підпис

Ініціали, прізвище

Керівник: кандидат психологічних наук, доцент _____ Наталя ХАНЕЦЬКА

Науковий ступінь, вчене звання

Підпис

Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки

доктор психологічних наук, професор

_____ Таїсія КОМАР

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

_____ 20__ р.

Хмельницький, 2023

АНОТАЦІЯ

Тема кваліфікаційної роботи: «Психосоматичне здоров'я підлітків та молоді із подавленими забороненими емоціями у сімейному вихованні»

Здобувачка Альона ПОДРА

Ім'я, ПРИЗВИЩЕ

Керівник Наталія ХАНЕЦЬКА

Ім'я, ПРИЗВИЩЕ

Кваліфікаційна робота включає 115 сторінок, 3 таблиці, перелік джерел посилання складає 48 найменування, 6 додатків.

Ключові слова: психосоматичне здоров'я, підлітки, молодь, витіснені заборонені емоції.

Об'єкт дослідження: психосоматичне здоров'я та психосоматичні симптоми молоді та підлітків.

Предмет дослідження: витіснені заборонені емоції, які впливають на погіршення психосоматичного здоров'я молоді та підлітків.

За результатами дослідження запропоновані шляхи та інструменти роботи з психосоматичним здоров'ям підлітків та молоді можуть бути використані батьками, майбутніми батьками, педагогами, психологами, соціальними педагогами.

Одержані результати можуть бути використані в процесі викладання навчальних курсів «Психологія підліткового віку», «Вікова психологія», «Психологія особистості», «Основи консультування», «Основи позитивної психотерапії» та ін.

Дипломник _____ Альона ПОДРА

Підпис

Ім'я, ПРИЗВИЩЕ

Дата подання кваліфікаційної роботи до захисту 08 грудня 2023 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ ІЗ ПОДАВЛЕНИМИ ЗАБОРОНЕНИМИ ЕМОЦІЯМИ У СІМЕЙНОМУ ВИХОВАННІ ТА ЇХНЬОЇ ПСИХОСОМАТИКИ	11
1.1. Психологічні особливості заборони на емоції, їх стримування та подавлення.	11
1.2. Психосоматичне здоров'я підлітків та молоді: деформуючі фактори сімейного виховання, які закладені в дитинстві	19
1.3. Особливості психосоматики підлітків та молоді із подавленими забороненими емоціями у сімейному вихованні	37
Висновки до розділу	46
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА З ПСИХОСОМАТИЧНИМ ЗДОРОВ'ЯМ ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ ІЗ ПОДАВЛЕНИМИ ЗАБОРОНЕНИМИ ЕМОЦІЯМИ	48
2.1. Діагностичний підхід до психосоматичного здоров'я підлітків та молоді із подавленими забороненими емоціями	48
2.2. Аналіз і оцінка емпіричного дослідження діагностики психосоматичного здоров'я підлітків та молоді із подавленими забороненими емоціями	55
2.3. Обґрунтування шляхів психологічної роботи з психосоматичним здоров'ям підлітків та молоді із подавленими забороненими емоціями у сімейному вихованні	67
Висновки до розділу	93
ВИСНОВКИ	86
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	91
ДОДАТКИ	94
	98

ВСТУП

Актуальність дослідження. У дослідженні йдеться про психосоматичне здоров'я підлітків і молоді із подавленими (придушеними, пригніченими), забороненими емоціями у сімейному вихованні.

Однією з найбільш актуальних проблем сьогодення є проблема зростання психосоматичних захворювань в цілому, особливо у емоційно вразливих категорій: дітей, підлітків, молоді, яка має стійку тенденцію до зростання. До 40% дітей, які спостерігаються педіатрами, не мають діагностично верифікованих захворювань, хоча і мають безліч соматичних скарг (Ісаев Д.М. та ін), [28, 2013]. Ці симптоми спричиняють від 27% до 50% зміни якості їхнього життя, пов'язаної зі здоров'ям. Ця проблема пов'язана насамперед із загальною соціальною напруженістю, психологічною невірноваженістю всього суспільства і, зокрема, емоційно "натягнутих" стосунків у сім'ї внаслідок відсутності впевненості у завтрашньому дні, тривожності, роздратованості. Інтернет та нові технології створюють постійні психологічні та фізичні навантаження на людину, знижують здатність її організму до соціальної та біологічної адаптації, посилюється вплив шкідливих чинників для здоров'я людей, змінюються генні структури людини, ослаблене здоров'я – неадаптивне для того, щоб долати психологічний стрес.

Частота психосоматичної патології у структурі загальної захворюваності останнім часом настільки збільшилася, що деякі дослідники почали називати сучасне суспільство "психосоматично орієнтованим". Важко назвати соматичне захворювання, при якому на тому чи іншому етапі не виникали б психосоматичні реакції або розлади, що обтяжують його перебіг та сприяють хроніфікації. Сім'я часто нездатна створити умови для соціалізації дитини. Це призводить до виникнення різноманітних психологічних проблем та, як наслідок, захворювань [8, с. 31]. Нерозв'язані психосоматичні проблеми батьків проєктуються на дитину, повторюються у неї в посиленому вигляді.

Актуальними проблемами є відсутність єдиної стратегії, послідовності виховання дітей у сім'ї, нерозуміння самої цінності та унікальності кожної дитини, нездатність батьків прогнозувати наслідки виховання (Ніколаєва, 1998) [20, с. 46]. Впливає недооцінка батьками впливу сім'ї як цілісної екосистеми для дитини, яка в ній виховується, і потім важко перейти в доросле самостійне і суспільне здорове життя, маючи витіснені придушені, пригнічені, заблоковані емоції.

Проблема психосоматичних захворювань у дітей видається нам актуальною з точки зору розробки програм психолого-педагогічної підтримки (профілактики, корекції, розвитку, лікування тощо) підлітків та молоді. На відміну від дорослих і людей похилого віку, оцінка та лікування дітей і підлітків з психосоматичними проблемами залишається серйозною проблемою і для психологів, і для лікарів первинної медичної допомоги. Тим не менш, вони займають туманне місце (сліпа пляма/розмита позиція) у спектрі медичних і психологічних захворювань, що вражають молодих людей, через величезну гетерогенність у їх прояві, нечіткі пояснення того, чи є психіатричні/психологічні стани попередниками, і механізмів, що лежать в основі цих захворювань, — у молодих людей.

Отож, соціальна значущість проблеми й її недостатня наукова розробленість обумовили вибір теми нашого дослідження: «Психосоматичне здоров'я підлітків та молоді із подавленими забороненими емоціями у сімейному вихованні».

Об'єкт дослідження: психосоматичне здоров'я та психосоматичні симптоми молоді та підлітків.

Предмет дослідження: витіснені заборонені емоції, які впливають на погіршення психосоматичного здоров'я молоді та підлітків.

Мета дослідження: теоретичне та емпіричне дослідження впливу витіснених заборонених емоцій внаслідок емоційного впливу сім'ї на виникнення та перебіг психосоматичних симптомів у підлітків та молоді.

Завдання дослідження:

1. Здійснити огляд психологічної літератури, присвяченої психосоматичним захворюванням і теоретично дослідити психологічні особливості підлітків та молоді із подавленими, пригніченими забороненими емоціями у сімейному вихованні та їхньої психосоматики.

2. Охарактеризувати психологічні особливості заборони на емоції, їх стримування та подавлення; визначити феномен психосоматичного здоров'я та психосоматичних захворювань; обґрунтувати деформуючі фактори сімейного виховання, які закладені в дитинстві, що впливатимуть на виникнення психосоматичних симптомів в подальшому.

3. Емпірично дослідити особливості психосоматики підлітків та молоді із подавленими забороненими емоціями у сімейному вихованні серед старших школярів та студентської молоді; визначити особливості емоційного впливу сім'ї на виникнення та перебіг психосоматичних захворювань у підлітків та молоді.

4. Обґрунтувати шляхи психологічної роботи з психосоматичним здоров'ям підлітків та молоді із подавленими забороненими емоціями у сімейному вихованні.

У зв'язку з поставленою метою нами була висунута **гіпотеза дослідження**: виявлення рівня ризику появи психосоматичних розладів дозволить організувати більш грамотну психологічну роботу з підлітками та молоддю, та звернути увагу на їхнє самопочуття, психологічний стан. Це в свою чергу попередить появу психосоматичних захворювань і збереже психосоматичне здоров'я в подальшому.

Методи дослідження: *Теоретичні:* аналіз, синтез, класифікація, систематизація даних науково-психологічної літератури, порівняння, систематизація й узагальнення даних теоретичних та емпіричних досліджень; *емпіричні:* тестування, бесіда, анкетування, спостереження; *статистичні:* кореляційний і дисперсійний аналізи (обробка статистичних даних проводилося на базі Microsoft Excel-2013). На різних етапах дослідження

використано такі *діагностичні* методики – 2 анкетування (одне для школярів та одне для студентів), 3 опитувальника, бесіди, спостереження: методика – Патохарактерологічний Діагностичний *Опитувальник* ПДО для підлітків, який розроблений у відділенні підліткової психіатрії, для дослідження типів акцентуації характеру і типів психопатій, і пов'язаних із нею деяких особистісних особливостей (психологічної схильності до алкоголізації, дилінквентності, розвитку психосоматичних захворювань). *Торонтська шкала алекситимії* – опитувальник для визначення складнощів у розумінні та вербалізації власних емоцій, та нездатність розуміти емоційні стани інших людей, у диференціації почуттів та тілесних відчуттів, переважною фіксацією уваги на зовнішніх подіях поряд із внутрішніми переживаннями; *FPI* (багатофакторний особистісний опитувальник): *шкали емоційної лабільності та відкритості* за допомогою використання модифікованої форми. Високі показники є свідченням рівня нестійкого емоційного стану, який проявляється в частих коливаннях настрою, підвищеної збудливості, частій подразливості, а також низької саморегуляції. Низькі показники шкали оцінки, з іншого боку, можуть свідчити не тільки про високу емоційну стабільність, але і про хороші уміння володіти собою. Шкала «Відкритість» характеризує ставлення до соціального середовища, а також рівень самокритичності. Високі показники свідчать про прагнення до довірливих взаємовідносин з оточуючими людьми при наявності високого рівня самокритичності. *Діагностика рівнів власного психосоматичного здоров'я* опитувальником, в його основі викладено твердження про те, що між суб'єктивною оцінкою і поруч з об'єктивними показниками стану організму існує достовірна залежність. Анкета включає в себе 28 пунктів-питань, на 27 з яких передбачені відповіді «так» або «ні». Останнє питання пропонує оцінити своє здоров'я як «хороше» або «погане».

Практичне значення дослідження зумовлене обґрунтованою можливістю їх застосування у практиці діагностики й зміни психічного стану підлітків та молоді у зв'язку з тим, що у них були заблоковані, витіснені і емоції, - у психокорекційній роботі, для розширення знань батьків, психологів і

педагогів в сфері розвитку психосоматичного здоров'я сучасних підлітків та молоді та попередження психосоматичних симптомів. Запропоновані нами шляхи та інструменти роботи з психосоматичним здоров'ям підлітків та молоді можуть бути використані батьками, майбутніми батьками, педагогами, психологами, соціальними педагогами. Одержані результати можуть бути використані в процесі викладання навчальних курсів «Психологія підліткового віку», «Вікова психологія», «Психологія особистості», «Основи консультування», «Основи позитивної психотерапії» та ін.

Апробація результатів дослідження відбувалась шляхом публікації статті на тему: “Психосоматика підлітків і молоді внаслідок подавлених заборонених емоцій у сімейному вихованні” в науковому журналі “Psychology Travelogs”, 2023 р. Результати дослідження обговорювались на науково-практичній конференції (м. Хмельницький, 2023 р.).

Структура роботи: робота складається з 2 розділів, вступу та висновків, 3 таблиць, списку літератури, 6 додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 121 сторінок машинописного тексту (основна частина – 115 сторінок).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ ІЗ ПОДАВЛЕНИМИ ЗАБОРОНЕНИМИ ЕМОЦІЯМИ У СІМЕЙНОМУ ВИХОВАННІ ТА ЇХНЬОЇ ПСИХОСОМАТИКИ

1.1 Психологічні особливості заборони на емоції, їх стримування та подавлення

На початку роботи доречно спертися на визначення емоцій та викласти погляд на тему придушення емоцій.

Отже, спектр емоцій величезний, але до базових почуттів можна віднести радість, смуток, агресію та страх; Інші переживання – відтінки цих основних почуттів. Занепокоєння, тривога – це емоції страху. Інтерес, натхнення, любов, довіра – емоції радості. За лінню та апатією може ховатися сум, у роздратуванні чи сарказмі – агресія.

Щодо визначення самого поняття «емоція», зазвичай вона визначається як переживання людиною свого ставлення до чогось (до наявної чи майбутньої ситуації, до інших людей, до себе і т.д.); емоція – психічна представленість – відбиток у вигляді безпосереднього переживання (відображення) ставлення явищ і ситуацій до потреб (Рубінштейн С.Л.) [31,с.10]. Як стан, який збільшує чи зменшує здатність самого тіла до дії, сприяє їй або обмежує її; як функція двох факторів: мотивації, чи потреби, з одного боку, та різниці між інформацією, необхідною для задоволення даної потреби, та інформацією, доступною суб'єкту – з іншого. Тобто емоції пов'язані з емоційно-потребнісною сферою особистості. І, якщо у дитини виявляються власні потреби, які відрізняються від інтересів батьків, то існує ризик, що в молодому віці ці заборонені емоції будуть вже пригнічені і заблоковані і молода людина буде говорити: я не розумію, що я хочу насправді і якою я є насправді, що ускладнює подальше самовизначення.

Компоненти емоцій: соматичний (психофізіологічні реакції, що виникають при переживанні емоцій), когнітивний (оцінка об'єкта, що викликає емоції, по ряду підстав), моторний (зовнішнє вираження емоційного стану), суб'єктивний (переживання людиною свого емоційного стану), мотиваційний.

Емоції виконують дві найважливіші функції. Перша – сигнальна: її суть у тому, що емоції повідомляють живу істоту, яке значення має для неї подія, що відбувається. Друга функція - регулятивна: вона забезпечує зміну поведінки відповідно до емоції. Вони продовжують виконувати провідну роль при обмеженості часу, у ситуаціях з високою суб'єктивною значимістю результату і ін.

Симптоматика психосоматичних розладів може виражатися через болючі відчуття у тілі. Кожна частина нашого організму приймає ті чи інші психосоціальні удари і реагує на них болем.

Кожен орган нашого тіла працює у резонансі з нашими психологічними установками та реагує на емоційні прояви.

Природа наділила нас п'ятьма базовими емоціями: страх, тривога, смуток, гнів та радість. Неможливо назвати їх негативними чи позитивними, всі емоції потрібні. М'язи нашого організму реагують на почуття, пов'язані з тривогою, страхом, гнівом, смутком «стисненням та розширенням».

Коли ми радіємо – тіло розширюється, стає легким, ми летимо від щастя. Решта емоцій скорочують, звужують, стискають тіло.

Страх, тривога, гнів, образа, провина – кожне з цих почуттів, яке відчуває людина, має певні зони напруги в тілі:

- страх – кажуть: «Підкосилися ноги від страху», це і є зона страху в тілі;
- тривога – заповнює все тіло;
- гнів – образ людини у гніві цілком певний: стиснуті щелепи, глибоке важке дихання. Напружується шия, а також груди та руки, це – зони гніву;
- образа – це пригнічений гнів, який через певні обставини немає можливості висловити. Тому зони образи включають зони гніву. Крім того,

образа здавлює горло (грудка в горлі) від образи перехоплює дихання, болить серце;

- провина – коли нас у чомусь звинувачують, плечі стискаються, голова нахиляється, страшно подивитися в очі.

Як би людина не пригнічувала свої емоції, м'язи все одно реагують на них і всі почуття відбиваються на тілі у вигляді обширного м'язового спазму.

Залежно від того, в якій ситуації найчастіше знаходиться людина, які відчуває почуття, в тих чи інших ділянках тіла виникають зони постійної хронічної напруги – м'язові блоки. Це призводить до функціональних порушень, а потім і появи тих чи інших хвороб.

Отже, тілесні недуги є матеріальним проявом психологічних проблем людини. Взаємозв'язок тіла та психіки очевидний. Ми звично повторюємо фразу, що «всі хвороби від нервів», але «нерви» - це центральна та вегетативна нервова система, а вболіваємо від емоцій!

За даними ВООЗ, головною причиною психосоматичних розладів є емоційна напруга. Адже саме емоційність – найбільш характерна риса дитини. За певних умов емоційність може призводити до невротичних та соматичних розладів.

Емоційний стрес – стан яскраво вираженого психоемоційного переживання людиною якихось життєвих ситуацій.

Емоційні стреси за своїм походженням соціальні: одні пов'язані з невдачами; інші обумовлені перевантаженнями або можуть бути викликані будь-яким страхом. Саме емоційний стрес є однією із причин серйозних розладів.

Якість емоції залежить від фізіологічного збудження, а точніше – від оцінки людиною власного фізіологічного стану, хоча здатність суб'єкта до розпізнавання і диференціювання патернів фізіологічного стану дуже недосконалі. Така думка підкріплюється даними про специфічність патернів фізіологічного збудження щодо різних емоцій (Ізард) [12]. Стан емоційної напруги супроводжується суттєвими змінами функцій низки органів і систем,

подібно до пожежі, що охоплює весь організм. Будь-яка емоція впливає практично на всі органи та тканини організму. Емоційне збудження включає: довільно регульовані компоненти (сюди відносяться загальнорухові і мимічні реакції, мовні реакції) і нерегульовані компоненти емоцій (діяльність серця, флуктуація крові, зміна стану м'язової системи, потовиділення і т.д.). Викладене вище означає те, що заблоковані емоції матимуть відповідь на рівні фізіології людини і можуть виявлятися у психосоматичних симптомах. Таким чином, у консультаціях ми знаходили прояви наслідків пригнічених емоцій у вигляді психосоматики молодих людей, що буде викладено далі.

Відкидаючи деякі емоції, ми заперечуємо деяку частину себе, своєї особистості. Але ця частина особи існує і починає впливати на нас безконтрольно, викликаючи хвороби, проблеми, нездорові стосунки. Ось чому потрібно вміти розпізнавати, усвідомлювати та адекватно виявляти всі почуття. І цьому треба вчитися та навчати дитину. "Злитися погано", "соромно боятися", "плакати некрасиво" – чуючи такі фрази, у дитини складається враження, що ці емоції "погані", і їх не повинно бути. Можливо ще й помріяти: «як добре буде жити, коли ніхто не буде боятися і злитися...». Страх виконує функцію сторожа. Він оберігає від небезпечних дій та вчинків. Зберігає життя. Що буде, коли перестати боятися? Людина загине. Страх має бути, але важливо дати зрозуміти дитині: який страх слухати, а з яким слід розібратися. Боятися собаку, що гарчить, і не бажати її гладити – правильно, тому що агресивна тварина становить небезпеку. Боятися поставити запитання вчителю – тут слід допомогти дитині вчинити потрібну дію, незважаючи на страх.

Емоції смутку наділяють людину здатністю глибоко переживати та співчувати, адекватно приймати життєві втрати. Сльози допомагають звільнитися від напруги, виводять надлишки адреналіну та токсини. Смуток знижує тонус і дозволяє сповільнити біг життя і задуматися. І тут дитині слід надати емоційну підтримку, втішити, але сльози не повинні стати інструментом маніпуляцій. Ви можете обійняти, поспівчувати, але ваше "ні" залишається "ні".

Злитися – можна і треба. Злість – це захисник та активатор. Якщо заборонити дитині злитися, то вона не зможе постояти за себе, дати відсіч кривдникам, захистити себе та близьких, відстоювати свої позиції, вимагати та добиватися кращого, прагнути успіху, змагатися та перемагати. Навіть коли ми відкушуємо їжу, у процесі бере участь трансформована емоція агресії. Ця пригнічена емоція нерідко виявляє себе в аутоагресії, залежності, шкірних, судинних захворюваннях, гіпертонії, проблемах з печінкою тощо. Механізм захисту, протистояння, подолання себе та своїх слабкостей, спортивна агресія та діловий азарт запускають емоції, також пов'язані зі злістю. Насправді заборона на агресію – це заборона на виживання.

Як відбувається стримування емоцій?

Стимування емоцій потребує певних зусиль із боку людини. Блокування зовнішнього вираження емоції здійснюється блокуванням м'язів власного тіла. Якщо якась емоція пригнічується постійно, це може викликати м'язові блоки. Вони у свою чергу викликають спазми, болючі відчуття, порушуючи роботу певного органу або системи організму. Нерідко здійснюється блокування не певної емоції, а емоційності загалом. Людина виглядає відстороненою, холодною або байдужою, у той час коли всередині неї вирує ураган емоцій (Див. приклад клієнта В. далі в прикладах ситуацій). Здебільшого це здійснюється ослабленням глибини дихання. Це спричиняє зниження енергетичного живлення. Такі люди часто страждають на простудні захворювання. Неусвідомлений страх «втратити обличчя», дати волю емоціям є основою блокування дихання. Людина боїться, що глибоке дихання привнесе її організму сильний енергетичний потік, що руйнує його прагнення до видимого спокою.

До чого призводить стримування емоцій?

Обмеження себе у вираженні емоцій, почуттів, стримування природних поривів відбиваються на фізичному самопочутті, виявляючись:

- неврозами, формуванням комплексів (Клієнт Ст);
- виникненням відчуття, що ти живеш чужим життям;

- пошуком виправдань свого життя, звинувачуючи у своїх проблемах будь-кого;
- формуванням стійкого відчуття, що ти постійно робиш не те, що хочеш, а те, що маєш (Клієнтка А.);
- невмінням відкрито висловлювати свої почуття — близькі відчувають нестачу любові лише тому, що людина не може її висловити;
- образами, які нескінченно глинуть, замість того, щоб дати відсіч кривднику.

Невідраговані емоції є джерелом багатьох проблем та хвороб сучасного світу. Заблокована емоція має вийти назовні, і вона робить це через хвороби. За статистикою ВООЗ, 40% хвороб мають психосоматичну природу (ВООЗ) [9]. Психосоматика досліджує вплив психоемоційного стану на фізичне самопочуття. Книга відомого психотерапевта А. Лоуена «Зрада тіла» [17], висловлює думку більшості психологів, що не можна ігнорувати підказки власного тіла. Це може спричинити великі проблеми зі здоров'ям.

Людина боїться оголити свої справжні почуття як перед сторонніми людьми, і перед собою. Спочатку емоції стають забороненими – спочатку з'являється заборона на певні емоції від батьків у більшості випадків. Дитина розуміє, що виявлена нею емоція – це погано, і тоді починає її пригнічувати. Починає стримувати емоції, і вони поступово пригнічуються.

Заборонені емоції мають свої необхідні функції, наприклад: гнів, почуття провини, радість, агресивність, страх у чоловіків (а він виконує функцію захисту в небезпеці). Наприклад, можна зустріти на вулиці групу хуліганів, і бути впевненим у тому, що чоловіки не повинні боятися.

У чоловіків та жінок по-різному заборонені емоції. Часто у жінок виховується заборона на агресію.

У зв'язку з тим, що пригнічується агресія, з'являється аутоагресія (наприклад, з нашої практики – клієнту А. говорили в дитинстві - «не можна битися», клієнту В. та клієнтці А. – вони придушили агресію, вона у клієнта В. перейшла в блокування себе і критику себе та інших, у клієнта А. перейшло в

самозвинувачення у всіх гріхах, придушення «травною», вихід емоцій з алкоголем та розбиванням чужого автомобіля. У клієнтів В. і М. придушення трансформувалися у відхід у комп'ютерну реальність та зайву вихованість).

У деяких випадках пригнічені емоції, коли люди бояться бути не почуті, не зрозумілі ясно, коли ці люди не можуть висловити свій стан у складних переживаннях, можуть призвести навіть до самогубства.

Коли емоції дуже пригнічені, індикатором цього може бути фраза: «Я ніколи не злюся», «Я не відчуваю радість за жодних обставин».

Види (заборонені або пригнічені або по-різному):

1) коли заборонена емоція дорівнює пригніченню, тоді, коли емоції пригнічені – виникає психосоматика.

2) є люди, які не пригнічують емоції і проявлятимуть – будуть викликати конфлікти, тому що в суспільстві або оточенні ці емоції не прийняті до вираження, тому що були заборонені дані емоції.

3) Буває, що не було прямої заборони, але людина почала пригнічувати певні емоції, тобто вони не заборонені, але пригнічені, і такі емоції в процесі терапії легше почати виявляти, ніж заборонені та пригнічені.

4) Якщо батьки не забороняли виявляти емоції, але погано розпізнавали емоції, не займалися усвідомленням, поясненням дитині її емоційних станів. «Мабуть ти сердишся чи ображаєшся» тощо, не займалися контейнеруванням цих емоцій, а просто не помічали їх, ігнорували, або батьки самі мали складнощі з розпізнаванням емоцій і не давали їм значення, - тоді дитина відсуває емоції на задній план.

5) Заборонені емоції важче проявити, тому що до них додаються переконання, пов'язані з емоціями.

Переконання пояснюють чому ці емоції погані. Наприклад, релігійні переконання. Коли людина почне виявляти ці заборонені емоції в процесі терапії, то вона відчуватиме почуття провини або сорому за них, треба працювати і з переконаннями, пов'язаними з традиціями чи релігією.

Із забороненими та пригніченими емоціями проводитиметься тривала робота, тому що ці зміни пов'язані в цілому зі змінами по відношенню до світу. І така робота означає – вихід зі стану війни – у стан душевного миру, і дозвіл показати свою вразливість серед близьких. Таким чином, спочатку людині для захисту «панцир» потрібен, а знімати поступово в терапевтичному консультуванні – його можна, коли клієнт стає сильнішим. Не варто одразу це робити, тому що знявши його, можна стати знову вразливим і сказати собі знову: "я ніколи не зніму цей панцир". Спочатку опрацьовуємо ті теми, з якими довелося одягнути броню. Поступово набирається молода людина сил: духовних, психологічних, фізичних і потроху починає «розстібатися», безневинно, безболісно і природним шляхом виходити у світ.

Про вираження емоцій можна взяти у психологічну консультативну та психотерапевтичну роботу наступні запити: "я легко, спокійно/впевнено/адекватно/м'яко висловлюю свої емоції; я сміливо/легко/природно виявляюся; я природно поведжуся/ я почуваюся різним; я прислухаюся до себе; я розумію, що я відчуваю; я дозволяю собі хотіти/я розумію, що я хочу; я живу своє життя; я дозволяю собі відчувати; я довіряю собі, я довіряю світові". І в нашому випадку кілька клієнтів поставили запити подібним чином.

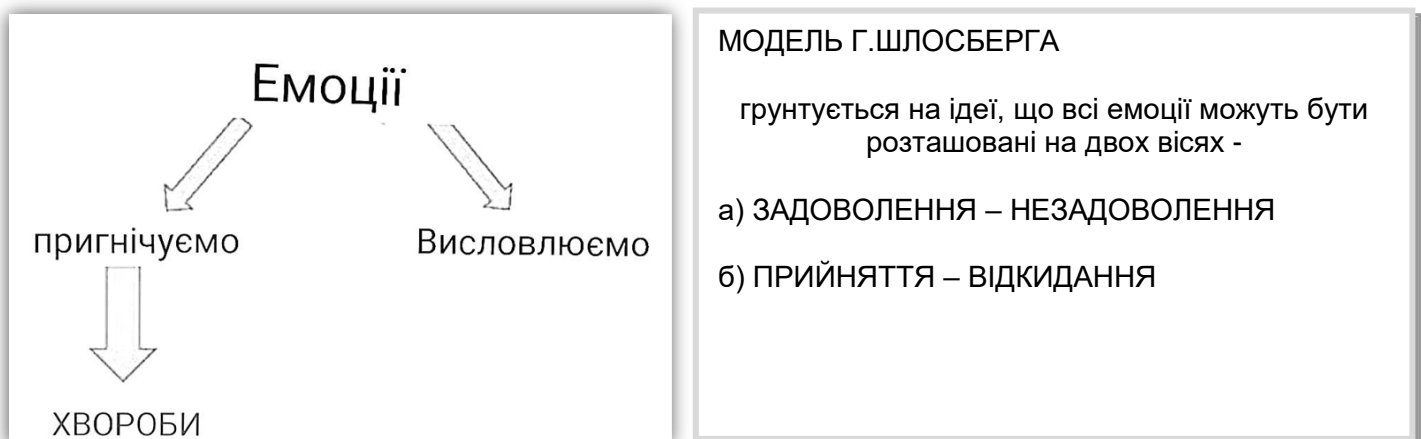


Рисунок 1.1 – Механізми регуляції емоцій

1.2 Психічне здоров'я підлітків та молоді: деформуючі фактори сімейного виховання, які закладені в дитинстві

Підлітки та молодь – вікова категорія, представники якої дуже потребують спілкування, схвалення та визнання, а також залежать від думки друзів та однокласників, одногрупників. На жаль, в сучасних умовах ці молоді люди проживають все більшу ізоляцію через наявність інтернету вдома і через те, що багато емоцій та вражень залишаються не висловленими. Це має наслідки на погіршення психічного здоров'я цієї важливої для майбутнього категорії суспільства.

«Згідно з дослідженням [48] NHS Національної служби охорони здоров'я Британії (National Health Service), психічне здоров'я підлітків, дітей та молоді значно погіршилося за останні три роки: у 2017 році психічні розлади спостерігалися в однієї особи з дев'яти, а вже до липня 2020 року їх виявили в однієї з шести». Психічне здоров'я — це соціальне та емоційне благополуччя. Воно вкрай необхідне для нормального розвитку дитини, аби вона могла будувати міцні стосунки, адаптуватися до змін та успішно долати життєві виклики. Підлітки з хорошим психічним здоров'ям:

- відчувають себе щасливішими, краще сприймають самих себе;
- насолоджуються життям;
- легко оговтуються від перших особистих тривог і розчарувань;
- мають здорові стосунки з родиною та друзями;
- толерують фізичні навантаження та вживають здорову їжу;
- беруть участь у різноманітних активностях;
- задоволені своїми досягненнями та відчувають себе успішними;
- вміють розслабитися й добре виспатися;
- відчувають приналежність до своїх громад» [Там само].

Підлітковий вік є початковим кроком на шляху переходу від дитинства до дорослості: підліток знає і частково правильно може оцінювати себе як з

позитивного, так і з негативного боку, бачачи свої переваги та недоліки, але таке ставлення є суперечливим. Джерелом нормативного регулювання та моральної оцінки поведінки для підлітків стають соціалізовані норми.

Сильна емоційна насиченість цього вікового періоду призводить до того, що стреси, переживання, незадоволені потреби та бажання призводять до фізичних хвороб. Фізичні хвороби, спричинені психологічними причинами – це і є психосоматичні розлади. Психосоматичні розлади у підлітків здебільшого зумовлені високим рівнем навчального стресу, складнощами у відносинах з батьками та однокласниками, нерозділеною хворобливою закоханістю чи внутрішньосімейними конфліктами. Ці та інші стрес фактори змушують підлітка переживати такі негативні емоції як страх, сум, туга, смуток і т.д. А саме подібні емоції є сполучною ланкою між психологічною та соматичною сферами життя підлітка.

Звертатися за допомогою до дорослих для підлітка не прийнято, він робить це у крайньому випадку, якщо фізичне страждання стало нестерпним. Але і в цьому випадку він говорить лише про фізичні симптоми і чекає від батьків та лікарів допомоги в тому, щоб прибрати ці симптоми. Обговорювати свої психологічні проблеми, пускати когось у свій внутрішній світ більшості підлітків дуже складно, і навіть неприйнятно. Але невиршені психологічні проблеми продовжують свою руйнівну дію, симптоми повертаються знову, класичне лікування не допомагає. В особливо складних ситуаціях це може призвести до алкоголізму, наркоманії або навіть суїциду, як спроби позбутися фізичного страждання. Дорослим, які виявилися не в змозі допомогти йому, підліток перестає довіряти, замикається в собі, посилюючи і помножуючи психологічні проблеми, які є істинною причиною хвороби.

Підліток з його тонкою душевною організацією, слабкими захисними психологічними механізмами і психікою, що не зміцніла, піддається впливу негативних зовнішніх впливів сильніше, ніж дорослий. Такі хвороби, які виникають як результат пригнічених емоцій та переживань, називаються психосоматичними. Можна сказати, що це спосіб, яким наше тіло сигналізує

про проблеми душі. Організм намагається за допомогою зовнішніх проявів – постійних хвороб, подати сигнал про те, що щось погане відбувається з ним на емоційному плані.

Серед причини виникнення психосоматичних захворювань найбільший негативний вплив на здоров'я підлітка і молодої людини має придушення емоцій, особливо негативно забарвлених.

Спектр цих емоцій набагато ширший, ніж у дорослих. Дитина змушена придушувати страх, а боятися у цьому світі можна багато чого, особливо в перехідних періодах та вікових кризах. Якщо юна людина добре вихована, вона змушена відповідати тому образу, який створили для неї батьки – "просто ангел", "золота дитина", "яка вихована молода людина" тощо. Коли в тебе така роль, досить важко дозволити собі плакати, кричати, нити, висловлювати невдоволення, суперечити авторитетним дорослим, та просто говорити "не хочу, не буду, не смачно" – виявляти негативні емоції будь-якого рівня. Адже така "погана поведінка" обов'язково засмутить маму та тата, доводиться все своє невдоволення мовчки "ковтати". Особливо важливе табу для вразливого підлітка чи юнака – погана поведінка у присутності сторонніх людей та страх критики.

Колись нинішня дитина-підліток була маленькою, і коли дитина ще не вмiла говорити і навіть ходити, батьки легко розуміли її бажання та потреби. Коли малюк став старшим, батьки змінили своє ставлення до нього, ставилися рамки і суворо стежили, щоб він не вийшов за їхні межі. Щоразу, коли дитина поводитися відповідно до вимог, батьки заохочували її. Якщо дитина починала керуватися своїми бажаннями і потребами, йдучи всупереч вказівкам батьків, дорослі вбачали в цьому небезпечний непослух і карали непокірного. Батьки керувалися добрими намірами, прагнучи виховати розумну, гідну та соціально адаптовану людину. Чи не придушили разом з істериками та примхами вміння повноцінно виявляти свої почуття та емоції? Чи не змусили дитину думати, що важливіше не прислухатися до себе, а намагатися заслужити схвалення інших?

Публікації з проведеними експериментальними дослідженнями свідчать про кореляцію виховання та психосоматичних симптомів, які зародившись у внутрішньому конфлікті в дитячому віці, далі супроводжують до підліткового та юнацького віку. Дослідивши стилі виховання, дослідники прослідкували те, що зіставлення результатів батьківського ставлення та кількості психосоматичних порушень у дітей 7-11 років, тобто до підліткового віку – дало змогу виявити, що високому рівню психосоматичних розладів відповідає авторитарний стиль сімейного виховання (63% випадків). На другому місці – потуральний (36% випадків), на третьому – ліберальний стиль (14% випадків). Низькому рівню виникнення психосоматичних розладів відповідає демократичний стиль сімейного виховання (46% випадків). На другому місці – ліберальний (36% випадків), на третьому – потуральний стиль (32% випадків) (Якимчук Оксана, Ханецька Тетяна, 2021)[44].

Під час спостереження за підлітком чи молодою людиною, яка має психоматичні скарги і формувалася, придушуючи свої емоції – фахівець звертає увагу на його скутість, швидкі переходи від сміху до сліз, вегетативні розлади. До особистісних особливостей підлітка, схильного до психосоматичних розладів, відносять сензитивність, підвищену вітальність, схильність до зниження настрою при найменших несприятливих ситуаціях. На цьому фоні легко виникають страхи, фобічні розлади, які у зв'язку з незрілістю психіки набувають соматичне забарвлення. Типовими рисами психічного стану під час першої зустрічі є або загальмованість на початку бесіди, ранимість, сором'язливість, афективна лабільність, виникнення розладів настрою, скутість, замкнутість. Звертають на себе увагу стомлюваність, порушення працездатності, певний психологічний інфантізм (відсутність критики до себе, легка навіюваність, підпорядкованість, пошук лідера, іноді бажання показати себе у кращому світлі. Часто відзначається редукований психоорганічний синдром у вигляді рухового розгальмування, активного та пасивного протесту, відсутність почуття дистанції під час бесіди. При

стомленні посилюється рухова розгальмованість, діяльність малопродуктивна і мало цілеспрямована (Еремина,2015)[11, С.118]

Звідки береться підліткова психосоматика? Психосоматичні хвороби є результатом конфлікту між підсвідомістю та розумом підлітка, і починають вони своє формування у ранньому дитинстві. Фундамент психосоматичних станів: відрізок народження – 3 роки.

Зупинимося детальніше на віковому формуванні психіки дитини та можливих спотвореннях при проходженні фаз психічного розвитку через неправильне виховання.

Формування та розвиток психосоматичних захворювань починається ще з дитинства і навіть з народження, коли вона потрапляє у світ стосунків і емоцій.

Міжособистісні (об'єктні) відносини мають визначальний вплив на психічний розвиток дитини з перших днів її життя. Ідентифікація внутрішнього «Я» у дитини видозмінюється протягом усього періоду формування її як особистості. При переході до кожної наступної фази розвитку можуть спостерігатися більшою чи меншою мірою виражені порушення ідентифікації – криза ідентифікації розвитку, наслідком та клінічними проявами якої є різні невротичні, адаптаційні та поведінкові розлади (Крейслер, 1994) [16].

Першою стадією розвитку психіки дитини, згідно з Еріксоном (2000), є орально-сенсорна фаза (вік до 18 міс), за Піаже – сенсорно-моторна (вік до 2 років). Основною проблемою його ідентифікації на цьому етапі розвитку є конфлікт між «базисною довірою» і «недовірою», що формуються. У маленької дитини соціальна недовіра проявляється відмовою від їжі, глибоким сном, неконтрольованими випорожненнями. Досить виражена «базисна довіра» у віці до 4-5 тижнів проявляється аутистичними фазними станами напівсну-напівнеспання, які змінюються поведінковим феноменом симбіотичної прихильності до матері. Описані психічні прояви свідчать про досягнення гомеостатичної рівноваги організму із навколишнім середовищем. При проходженні орально-сенсорної фази розвитку дитина засвоює моделі поведінки, що виникають у відповідь на конкретні зовнішні стимули, що

дозволяють зменшувати напругу, пов'язану із потребою реалізації інстинктів та досягненням гомеостатичної рівноваги з навколишнім середовищем.

Пізнавальна здатність дитини базується переважно на прагненні маніпулювати неживими предметами. Труднощі, пов'язані з впливом навколишнього світу, дитина долає шляхом асиміляції та акомодатії (модифікації поведінки з метою адаптації до нових стимулів). Незадовільна адаптація супроводжується соматовегетативною дисфункцією – найбільш недиференційованою психічною реакцією на фруструючу ситуацію. Почуття тривоги, яке, зазвичай, виникає у зв'язку з присутністю поруч незнайомої людини включає, з одного боку, цікавість, з іншого — страх.

При адекватному проходженні першої фази розвитку у дитини з 5-місячного віку починається процес «вивільнення з оболонки аутизму», підвищується здатність адекватно сприймати світ у результаті когнітивного (пізнавального) та неврологічного дозрівання. У випадках неадекватного проходження першої фази розвитку основна характеристика психіки — «довіра» формується недостатньо. У дитячому віці це проявляється самоізоляцією, недовірливим ставленням до оточуючих людей та подій, формуванням неадекватної аконтактності та парааутичних реакцій на фруструючі ситуації.

Таким чином, неадекватне проходження орально-сенсорної фази (з фіксацією властивих їй проблем) веде до формування дисгармонійних об'єктних відносин, які є проблемними відносинами використання.

Другий етап розвитку психіки дитини, за Еріксоном, м'язово-анальний (вік від 1,5 до 3 років), за Піаже – передопераційна фаза (вік від 2 до 7 років). Основними проявами психічної діяльності у цей період є засвоєння навичок ходьби, прийому їжі, і навіть активне мовленнєве спілкування. Головна проблема ідентифікації дитини на цьому етапі розвитку – набуття автономії, навичок подолання сорому та сумніву. Сором виникає, коли дитина гостро відчуває негативну оцінку своїх вчинків з боку навколишніх людей. Якщо батьки занадто часто карають малюка, у нього виникає невпевненість у собі та

переконання у неминучості покарання. Образ матері займає чільне місце у світовідчутті дитини. Характерним проявом кризи розвитку в цей період є «криза зближення» — бажання отримати втіху від матері та нездатність прийняти її допомогу. Виникнення тривоги у цьому віці, зазвичай, пов'язані з страхом розлуки з матір'ю. Подолання «кризи зближення» відбувається в міру вдосконалення навичок самообслуговування, здатності отримувати задоволення від самостійної діяльності. Дитина, що успішно подолала м'язово-анальну фазу розвитку, легше переносить розлуку з матір'ю і не шукає їй заміни, оскільки впевнена, що вона повернеться.

В 1-3 роки також становлення ходьби і соціальне середовище розвитку характеризується тим, що дитині стає доступним навколишній світ речей і предметів, які її притягують або відштовхують. Її дії і навіть мова визначаються цією наочною ситуацією. Поведінка дитини характеризується єдністю моторних і сенсорних функцій. Відношення дитини до оточуючих її людей та їх оцінка залежать від того, як вони ставляться до дитини. Поступово до 3 років формуються тонші емоції. Важливим новоутворенням цього віку є усвідомлення власного «Я», виділення себе з навколишнього світу, що супроводжується: тяжінням до самостійності: «Я сам», «Я хочу» і найяскравіше проявляється у кризі 3 років. Основні її прояви – негативізм, норовливість, свавілля (знецінювання, приниження цінностей, деспотизм, ревності). Ступінь вираженості кризи трьох років залежить від того, наскільки дорослі враховують ситуацію, що змінилася. Якщо вони продовжують обмежувати її самостійність, обмежують свободу дитини, обмежують її ініціативу, то виникає своєрідний бунт — протест, який свідчить про необхідність корекції виховних заходів з боку дорослих.

При неадекватному проходженні другої фази розвитку діти відрізняються почуттям суверенності в собі, виявляють страх негативної оцінки своїх вчинків з боку оточуючих, невміння бути автономними по відношенню до батьків і однолітків. Вони не здатні отримувати задоволення від самостійної діяльності без схвалення чи позитивної оцінки оточуючих. Спостерігається фіксація

егоцентричних характеристик характеру. Дитині не вдається залишатися самою собою в референтній групі, і вона, адаптуючись до її вимог, стає конформною.

Отже, неадекватне проходження другої фази розвитку із фіксацією її проблем веде до формування дисгармонійних міжособистісних відносин, названих нами «проблемні відносини відповідності».

З психопатологічних і психосоматичних розладів, притаманних періоду раннього дитинства виділяють (В.В.Ковальов) такі синдроми, як: синдром невропатії, синдром раннього дитячого аутизму, гіпердинамічний синдром, синдроми страху (Черников,1997) [42].

При невропатії характерними стають різноманітні астеничні прояви: підвищена дратівливість і збудливість, примхливість, нестійкість настрою, швидка виснажуваність, виражена полохливість, порушення сну та соматовегетативні симптоми (зригування, блювання, запори, порушення апетиту).

Синдром раннього дитячого аутизму характеризується вираженою недостатністю або повною відсутністю потреби в контакті з оточуючими, емоційною холодністю або байдужістю до близьких, страхом новизни, будь-якої зміни в навколишній обстановці, хворобливою прихильністю до рутинного порядку, одноманітної поведінки зі схильністю до стереотипних рухів, до повної «мовленнєвої блокади». Першою ознакою раннього дитячого аутизму часто виступає відсутність властивого здоровим дітям «комплексу пожвавлення», а потім порушенням здатності диференціювати людей та неживі предмети, небажанням вступати в контакт, беземоційністю чи паратиміями (неадекватними афективними реакціями) у поєднанні зі страхом новизни. У ранньому дитинстві до перелічених клінічних проявів приєднуються однакові маніпуляції з предметами. Типовими є й порушення психомоторики у вигляді незграбності, відсутності співдружних рухів, а також розлади мови (від відсутності до переважання «автономного мовлення» — розмови з самим собою).

Гіпердинамічний синдром проявляється, насамперед, рухової розгальмованістю, непосидючістю та іншими ознаками гіперактивності у поєднанні з порушеннями уваги (іноді він позначається синдромом дефіциту уваги). Характерними проявами даного синдрому є: неспокійні рухи в кистях і стопах (сидячи на стільці, дитина корчиться, звивається). Неможливість спокійно сидіти на місці, коли від нього цього вимагають. Легке відволікання на стимули. Нетерплячість (насилу чекає своєї черги під час ігор та у різних ситуаціях у колективі). Метушливість (на запитання часто відповідає, не замислюючись, не вислухавши їх до кінця). За виконання запропонованих завдань відчуває складності (не пов'язані з недостатнім розумінням чи негативною поведінкою). Насилу зберігає увагу при виконанні завдань або під час ігор. Часто переходить від однієї незавершеної дії до іншої. Не може грати тихо, спокійно. Балакучість. Настирливість (часто заважає іншим, пристає до оточуючих (наприклад, втручається в ігри інших дітей)). Часто складається враження, що дитина не слухає звернену до неї промову. Розсіяність (часто втрачає речі, необхідні у школі та вдома, (наприклад, іграшки, олівці, книги тощо)). Зниження почуття небезпеки (часто вчиняє небезпечні дії, не замислюючись про наслідки). При цьому не шукає пригод чи гострих відчуттів (наприклад, перебігає вулицю, не озирюючись на всі боки).

Синдроми страху є типовими для дітей періоду раннього дитинства. Вони є гамою різноманітних за клінічною формою феноменів. Страху можуть мати диференційований і недиференційований характер, бути нав'язливими, надцінними або маревними за структурою. Специфічними є нічні страхи та страх темряви.

Характерними для дітей у період раннього дитинства є такі психосоматичні розлади, як (Д.Н.Ісаєв): відсутність апетиту (анорексія), збочення апетиту, жуйка (мерицизм), недостатнє збільшення маси тіла або огрядність, запор (констипація), енкопрез (Нетримання калу) [13].

Анорексія входить у структуру невропатичних проявів і характеризується втратою потягу до їжі та негативізмом при годівлі. Значним є такий психогенний чинник як неправильне виховання (наприклад, відрив від матері).

Спотворення апетиту (симптом Піка) зазвичай розвивається на 2-3 році життя і характеризується вживанням в їжу неїстівних речовин (вугілля, глини, паперу), що може бути пов'язане з відкиданням дітей при неправильному типі виховання.

Жуйка (мерицизм) розглядається як невропатичний симптом і проявляється у вигляді повторного пережовування їжі після того, як заковтнута і перетравлена їжа відригується.

Зміни маси тіла (недостатня надбавка або огрядність) характерні для невропатичних реакцій при депривації або інших психогенних факторах.

Запор (констипація) може бути пов'язаний з емоційними порушеннями, що виявляються депресією, та порушеннями комунікації з формуванням нав'язливого страху перед дефекацією через хворобливість акту або підвищену сором'язливість дитини. У другому випадку констипація проявляється в нових умовах або поза домом, а потім її прояви стають пов'язаними з фізіологічними закономірностями.

Енкопрез (нетримання калу) як мимовільне виділення калу до відповідної обстановки обумовлений часто ретардацією формування контролю над діяльністю анального сфінктера. Найчастіше цей симптом обумовлений невропатичними розладами за психогеніями.

Третім етапом розвитку психіки дитини, за Еріксоном, є локомоторно-генітальна фаза (вік від 3 до 6 років). На думку Піаже, у цьому віці триває передопераційна фаза розвитку. Основною проблемою ідентифікації особистості на цьому етапі є конфлікт між почуттям провини і прагненням проявити ініціативу. Вирішення кризи відбувається шляхом ідентифікації себе із соціальною роллю батька тієї самої статі. Мотивацією соціальної активності є гарна успішність у школі, лідерство у іграх. Характерним для цього періоду розвитку є виникнення суперництва між сиблінгами.

З розвитком дитини рольові ігри переростають у ігри із правилами. Ігри з правилами стимулюють досягнення певних соціально значимих цілей. Формується самооцінка, рівень претензії. З іншого боку, в іграх із правилами дитина навчається обмежувати свої бажання, підкорятися заборонам. Вона набуває досвіду керівництва, але не такого, якого їй хочеться, а відповідно до певних вимог, норм і заборон. У грі відбувається становлення моральних засад, формуються мотиви поведінки та волі дитини.

У грі як провідному виді діяльності активно формуються психічні процеси: збагачуються сприйняття, активна пам'ять та увага. Рольова гра призводить до переходу від наочно-дієвого мислення до словесно-логічного, освоєння смислів, формування уяви, розвитку моторики.

Гра створює "зону найближчого розвитку". Л.С. Виготський писав: «Гра у конденсованому вигляді містить у собі, як і фокусі збільшувального скла, всі тенденції розвитку...». Ігрова діяльність, як ведуча, повинна підготувати дитину до школи, розвинути у дошкільнят ті властивості особистості та психічні процеси, які необхідні для успішного навчання у початкових класах. Які ж вимоги висувуються до старшого дошкільника? Сформованість, перш за все, образного мислення та наявність у нього зародкових умінь — виділити навчальне завдання та перетворити його на самостійну мету діяльності (пізнавальна потреба).

Інтелектуальна готовність дитини до школи є важливою, але не єдиною передумовою успішного навчання. Важливим є ставлення дитини до школи, до навчання, до вчителів, до себе («соціальна позиція»). Формування «соціальної позиції» стосовно школи вимагає як усвідомлення як джерела знань, так і її емоційного ставлення. Дитині необхідно навчитися входити у дитяче суспільство, діяти разом із іншими, поступатися, підпорядковуватися (Черніков, 1997)[42].

Особливе місце у психологічному розвитку старшого дошкільника займає спілкування з дорослими, яке має переважно позаситуативно-особистісний характер. Таке спілкування характеризується засвоєнням дитиною особливої

позиції щодо дорослого – позиції учня, що є цінною передумовою для навчання у школі.

При адекватному проходженні цієї фази для дітей характерні гарна успішність, незалежне функціонування та соціалізація, дружні стосунки з однолітками. Все це є результатом ослаблення залежності від батьків та зменшення заклопотаності, яка пов'язана із внутрішньосімейною конкуренцією, заснованою на психосексуальних проблемах.

У разі неадекватного проходження цієї фази розвитку центральним конфліктом особистості стає неможливість соціально прийняттого прояву власної ініціативи. Такий конфлікт найчастіше виявляється в одній із двох можливих соціально-дезадаптивних моделей поведінки, що залежать від переважання або почуття провини, або почуття агресії. У першому випадку підліток у виконанні певних соціальних ролей скований, невпевнений у собі, загальмований. У другому випадку він поводить конфліктно, підкреслено незалежно, у його поведінці домінують форми протесту та агресії.

Неадекватне проходження третьої фази із фіксацією її центральних конфліктів веде до формування дисгармонійних міжособистісних відносин, названих нами «проблемні відносини незалежності».

Четвертою стадією розвитку психіки дитини, за Еріксоном, є фаза латентності (вік від 7 до 11 років), за Піаже – операційна фаза (вік від 7 до 11 років). Основною проблемою ідентифікації дитини на цьому етапі є конфлікт між активністю, що формується, і майстерністю, з одного боку, і почуттям власної неповноцінності і приниженості, з іншого. На цій стадії відбувається формування «супер-его», яке відповідає за моральний та етичний розвиток. Дитина вдосконалює навички у різних видах діяльності, навчається основним маніпулятивним технологіям, навчається приймати соціальні рішення. Якщо вона розчаровується у своїх можливостях, не отримує позитивної оцінки в середовищі однолітків, то у неї виникає почуття власної неповноцінності та приниження. Пізнавальна діяльність на цьому етапі ґрунтується на формуванні логічного мислення, що включає розвиток причинно-наслідкових зв'язків,

розумінні взаємозв'язку часткового і загального, освоєнні навичок класифікації. Центральний конфлікт у цей період зосереджується на виборі між активним ставленням до роботи, навчання, соціальними контактами та придушенням активності, пасивністю, пов'язаною з почуттям власної неповноцінності і, як наслідок, поведінкою уникнення.

При неадекватному проходженні цієї фази для дитини характерні соціальна пасивність (через почуття неповноцінності) або активна соціальна діяльність з гіперкомпенсаторно-формальним та поверхневим ставленням до виконання численних соціальних ролей. Отже, неадекватне проходження четвертої стадії розвитку психіки веде до формування дисгармонійних міжособистісних відносин, названих «проблемні відносини причетності».

Перехід із дошкільного віку до молодшого шкільного нерідко супроводжується кризою 7 років. Для кризи 7 років характерні: 1) втрата дитячої безпосередності; 2) манерництво, примхи, у поведінці – навмисність, безглуздість, вертлявість, блазнювання, клоунада, дитина вдає з себе блазня; 3) початок диференціації внутрішньої та зовнішньої сторони особистості дитини; 4) об'єктом аналізу стають суб'єктивні переживання: «Я тішуся», «Я засмучуюсь»; 5) формування афективного узагальнення, логіка почуттів. До віку 6-7 років однією з основ зміни психологічної діяльності дитини, її особистісних особливостей є формування нової діяльності – навчальної, яка стає провідною. Сутність навчальної діяльності полягає у засвоєнні наукових знань через збагачення та перебудову особистості дитини, що проявляється у змінах рівня знань, навичок, умінь, у розумових операціях та особливостях особистості. Однак перехід з дошкільного до молодшого шкільного віку відбувається не автоматично, а шляхом переведення ігрової діяльності до навчальної через правильне поєднання мотивів, що реально діють і розуміються. Розвиток особистості молодшого школяра може порушуватися внаслідок двох причин: 1) неправильного розуміння ієрархії потреб у результаті недоліків виховання та навчання; 2) недостатнього розвитку функціональних систем мозку, які забезпечують навчальну діяльність. У свою чергу, навчальна

діяльність пов'язана із формуванням самооцінки особистості. Для дітей одержувані оцінки важливі не лише як спосіб оцінювання їх знань, а й одночасно як оцінка їхньої особистості, їх можливостей та місця серед інших. Тому у відмінників формується завищена самооцінка, у тих, хто погано встигає, – занижена. Корекція самооцінки – важливий момент, який потребує порівняння дитини лише з самою собою. Важливим є використання заохочення. Похвала важлива в присутності інших, осуд – наодинці. Як похвала, і осуд повинні стосуватися не глобально людини, а окремих сторін її особистості чи окремих дій; навчальна діяльність призводить до зміни та психічних процесів, серед яких найважливішим є розвиток вищих почуттів – почуття товарищескості, обов'язку, відповідальності, колективізму; інтелектуальних почуттів – допитливості, здивування, сумнівів, задоволення від успішного вирішення завдання. Успіх у навчанні – єдине джерело внутрішніх сил дитини, що народжують енергію для подолання труднощів.

З типових для дитини дошкільного та молодшого шкільного віку психопатологічних синдромів можна назвати синдром догляду та бродяжництва, синдроми патологічного фантазування (Зінченко, 2005, Ніколаєва, Тищенко, 1991) [29, 37].

Синдром догляду та бродяжництва характеризується відходами дитини, що повторюються, з дому або зі школи, поїздками в інші райони міста або інші населені пункти, прагненням бродяжити і подорожувати. Нерідко обумовлений мікросоціальним середовищем і реакцією дитини на психотравмуючу ситуацію в сім'ї або в школі.

Синдроми патологічного фантазування включають жвавість уяви, схильність до змішування вигадки, фантазії та реальності. Часто першою ознакою синдрому патологічного фантазування виступає своєрідність ігрової діяльності дитини, під час якої вона на тривалий період здатний «перетворитися» на тварину, вигаданий образ чи неживий предмет. Можливі різні шляхи формування даного синдрому – від психогенно-особистісного, пов'язаного з формуванням та переважанням шизоїдного або істеричного

радикала в характері дитини до ендogenous (шизофренічного), обумовленого порушеннями комунікативних здібностей.

З психосоматичних розладів головну роль грають цефалгії (головний біль) і біль у животі, лихоманки неясного генезу, психогенна блювота, запори чи проноси (діарея) і енкопрез.

Можна дійти невтішного висновку, що з адекватним проходженням всіх етапів розвитку психіки дитини і сприятливому вирішенні центральних конфліктів формуються такі властивості особистості: 1) довіра; 2) самостійність та автономія; 3) ініціативність; 4) соціальна активність, діяльність та майстерність, що зумовлюють соціально-адаптивні форми поведінки (Астапов, 2001) [4].

У разі несприятливого проходження одного з етапів розвитку психіки та загострення одного з центральних конфліктів формуються невротичні особистісні характеристики: недовіра; 2) сором'язливість і невпевненість у своїх силах; 3) почуття агресії та провини; 4) відчуття власної неповноцінності. Вони ведуть до порушення міжособистісної взаємодії, соціально-дезадаптивних форм поведінки, а в деяких випадках і до психопатологічних розладів.

У дитячому віці можна виділити 4 основні типи станів, що відображають різну структуру психосоматичних та соматопсихічних співвідношень (Ніколаєва, Тищенко, 1991) [37]: а) соматизовані психічні реакції (соматоформні реакції), що формуються без участі соматичної патології в рамках утворень невротичного або конституційного регістру (неврози); б) психогенні реакції (нозогенії), що виникають у зв'язку з соматичним захворюванням (останнє виступає в якості психотравмуючої події) і відносяться до групи реактивних станів; в) реакції за типом симптоматичної лабільності – психогенно провоковані, зв'язані з констеляцією соціальних та ситуаційних факторів маніфестації або екзацербачії проявів соматичного захворювання (психосоматичні захворювання у традиційному розумінні); г) реакції екзогенного типу (соматогенії), що маніфестують внаслідок впливу соматичної шкідливості та відносяться до категорії симптоматичних психозів.

Отже, як бачимо, у дітей, як правило, психосоматика проявляється 2 основними видами проблем: розвиток внутрішнього конфлікту та перші прояви психосоматичних захворювань: 4 – 6 років. Оформлення конфлікту, надання йому завершеності та індивідуальності відповідно до особливостей особистості: 7-13 років. Саме у віці від 7 до 13 років і відбувається остаточне формування особистості підлітка. Ще не пізно щось виправити, скоригувати помилки, допущені у вихованні. Можна дати підлітку шанс на щасливе та повноцінне доросле життя, а можна продовжити "ліпити" з нього те, що відображає ідеали та цінності, але дитина не повинна реалізовувати мрії та амбіції батьків. Він може бути успішним учнем, він може мати таланти, які батьки мріяли мати самі. І він має право на те, щоб бути собою. Називаючи її невдахою, бездарем, ледарем чи іншими неприємними словами, батьки не стимулюють дитину до розвитку, а ставиться на неї тавро, з яким їй належить провести все життя. Батькам здається, що переживання дитини надумані, не варто надавати великого значення першому коханню, бажанню стати актрисою чи прагненню провести час із друзями у дворі. Можливо, самі батьки, будучи підлітками, підкорилися волі батьків і навіть відчували подяку за те, що предки позбавили "дурних ілюзій" і "наставили на істинний шлях". Але якщо припустити, якби підліткові "дурні ілюзії" не були пригнічені, був би шанс переосмислити їх в дорослому житті і могло б з'явитися розуміння, як важливо жити в гармонії зі своїм внутрішнім «я». У силах батьків подарувати підлітку, що підростає, впевненість у собі, розкрити його справжні схильності і сильні сторони, попрощавшись із власними уявленнями про те, яким він має бути, а дати йому шанс стати щасливим по-своєму.

Дослідження свідчать, що психосоматика швидше виникає, коли внутрішні конфлікти обтяжуються невротичними типами реакцій, і психореактивні зв'язки зумовлюють картину органічного страждання, його довготривалість, особливості протікання, і, можливо, резистентність до терапії. Психосоматичні порушення в дитячому віці впливають на розвиток особистості, а психічні стани впливають на соматичний стан. У дітей та

підлітків із психосоматичними розладами майже завжди спостерігається зворотна залежність між вираженістю депресивних порушень та зумовленими ними психосоматичними розладами — при слабкій вираженості депресивних проявів – більш помітні соматичні та навпаки (Антропов, 1999) [1].

Також, коли дитина хворіє, то одним із факторів, що впливають на перебіг психосоматичних захворювань, є ставлення батьків до захворювання дитини (Астапов, 2001) [4]. Як правило, на ставлення батьків до хвороб дитини впливають різні фактори. Це і стан власного здоров'я і страх перед наслідками загострень, і переконаність батьків у своїх знаннях про конкретне захворювання.

Ставленням до хвороби дитини відображається і ставлення до її особистості. В цілому можна говорити про те, що взаємини в сім'ї зазнають зміни у зв'язку з появою у одного з її членів хронічного захворювання (Крейслер, 1994) [16].

До окремих випадків порушених сімейних відносин відноситься недолік емоційного тепла з боку одного з батьків під час вербального або невербального спілкування.

Одним із факторів виникнення психосоматичних захворювань є те, що один з батьків звертається до дитини відстороненим або байдужим тоном, не виявляючи значного інтересу до того, чим вона займається, не співпереживаючи її труднощам, рідко заохочуючи та схвалюючи. Дитяча поведінка, пов'язана з переживаннями, зустрічається з роздратуванням і зазвичай припиняється. До слів дітей не прислухаються, їхня думка ігнорується, у них не бачать особистість.

Дитина почувається центром того, що відбувається, не може поглянути на себе збоку. Центрованість дітей проявляється і в тому, що те, що відбувається навколо, вони сприймають як те, що відноситься до них самих. Дитина в цьому віці вважає, «коли вона йде вулицею, місяць слідує за нею або що тато їздить у відрядження, щоб купити дитині подарунки...». Іноді ця особливість стає причиною виникнення психосоматичних захворювань дитини, пов'язаних з

сім'єю. У ситуації розлучення, коли дорослі прямо чи опосередковано підтримують спотворену інтерпретацію дитини, дитина може дійти висновку, що батько пішов із сім'ї через її погану поведінку. Почуття провини, що виникло, згодом може призвести до найрізноманітніших відхилень у розвитку особистості.

Намагаючись зрозуміти причини поведінки інших людей, діти найчастіше спираються на власний досвід і надають поведінці інших такий же зміст, як і власній (Нікольська, Грановська, 2001) [23].

Особливу роль у виникненні психосоматичних розладів грає саме народження дитини. Перша дитина з'являється у сім'ї, ще недостатньо готовою до дітей. Як і всі, з чим ми зустрічаємося вперше, поява дитини та догляд за нею в перші місяці пов'язані з певною часткою невпевненості, тривожності. Часто молода мати постійно телефонує подругам або лікареві, щоб дізнатися, чи нормально, що її дитина вночі не прокидається і не хоче їсти, що, поївши трохи, засинає, а потім відразу ж прокидається і знову просить їсти, але те, що двомісячна дитина посміхається не тільки мамі, а й сторонньому, мало питань виникає в голові матері.

І все-таки виховання першої дитини у сім'ях і пізніше відбувається під знаком невпевненості та переживання ризику. Хоча кількість консультацій зі знавцями зменшується, невпевненість супроводжує стосунки батьків та дитини: як привчити до порядку? Як виховати ввічливість? Через невпевненість, тривожність – вимоги батьків то бувають надто жорсткими, категоричними, то раптом зникають або навіть змінюються на протилежні.

Непоследовність батьків – одна з причин того, що надалі діти сприймають батьків як людей непостійних, чию поведінку важко передбачати, і тому менш схильні розкривати свої почуття – невідомо, як укотре на них відреагують мати чи батько.

Також з іншого боку, великий вплив мають надто сильні сімейні традиційні концепції. Переконанням люди собі пояснюють, чому ці емоції погані. Наприклад, релігійні переконання. Коли людина почне виявляти ці

заборонені емоції в процесі терапії, то вона відчуватиме почуття провини або сорому за них, треба працювати і з переконаннями, пов'язаними з традиціями чи релігією.

Дитина, яка не зуміла подолати перешкод і не має можливості офіційно і без втрати в самоповазі вийти із ситуації, шукає непрямих шляхів. Безвихідна ситуація іноді вирішується у вигляді хвороби. У деяких дітей перед заняттями починає хворіти голова, живіт, їх нудить, вони відчують інші хворобливі симптоми. В інший час симптоми ніби згладжуються і зовсім зникають під час літніх канікул [40]. Приблизно так само виглядає і так званий шкільний невроз, який часто супроводжує дітей, з сім'ях яких висуваються підвищені вимоги до дитини, що не відповідають її реальним можливостям.

У багатьох сім'ях іноді тертя, що виникають між подружжям, сприяють появі психосоматичних проблем у дитини. Вирішити ці проблеми і таким чином допомогти дитині часто просто неможливо без корекції подружніх стосунків.

Сім'я – єдиний організм. Порушення емоційного стану дитини, її погана поведінка, як правило, є симптомом інших сімейних хвороб. Найкраща профілактика – оздоровлення, залагодження подружніх стосунків, вирішення власних проблем. Вони не ізольовані, а прямо вплетені у відносинах із дитиною. Подружні та власні проблеми – це не лише особисте батьків, а й важливий фактор розвитку особистості дитини.

1.3 Особливості психосоматики підлітків та молоді із подавленими забороненими емоціями у сімейному вихованні

Психологічні розлади, які призводять до психосоматичних недугів, мають свої джерела та причини [10], це:

-
- Внутрішній конфлікт. В ситуаціях, коли в людини є два суперечливі бажання, рівних за силою. Ці бажання стикаються і ведуть боротьбу.
 - Умовна вигода. Це одна з найпоширеніших причин. Перед людиною стоїть якась важке завдання, або вона має пережити складну і неприємну

ситуацію (контрольну). Це сильно турбує її, пригнічує. Але знайти вирішення проблеми вона не може. І тоді проблема вирішується на підсвідомому рівні у вигляді психосоматичного захворювання, яке виявляється дуже доречним.

- Минулий невдалий досвід. Найчастіше йдеться про якісь сильні психологічні травми, отримані в дитинстві.
- Ідентифікація. Ця причина психосоматичних розладів властива людині з високою здатністю до співпереживання. Вона бере на себе чужий біль.
- Навіювання. Тут йдеться про ситуації, коли вразлива людина, автоматично, на підсвідомому рівні сприймає думку про власну хворобу.
- Самопокарання. Якщо людину тривалий час мучить відчуття провини, незалежно від того, реальна ця вина або уявна. Такий стан може призвести до розвитку психосоматичного розладу.

Зупинимося більш детально на деяких найбільш загальних джерелах виникнення психосоматичних, тобто емоційно зумовлених, захворювань. До них відносяться:

Внутрішній конфлікт. Це конфлікт частин особистості, боротьба свідомого і несвідомого, яка призводить до руйнуючої «перемоги» одного з них над іншими. Проблеми з шкірою практично завжди вказують на труднощі у встановленні контакту та спілкування. Наприклад, важкі форми вогнищевої форми у молодих людей нерідко свідчать про страх спілкування з протилежною статтю, де без взаємності (причини, як правило, криються в ранньому дитинстві). Як тільки ймовірність такого спілкування зростає, настає загострення. Це і є стратегія «бігства в хворобу» при виникненні внутрішнього конфлікту. «Втекти» в шкірне захворювання (наприклад, в психосоматику екземи) можна і при виникненні будь-яких інших проблем.

Мотивація, або умовна вигода. Це найважливіше поняття психосоматики. Холістична психологія виходить з того, що будь-яка проблема (захворювання) не випадкова і несе в собі щось корисне для людини. Особливо підкреслимо, що користь від захворювання умовна і не усвідомлюється самою людиною,

тому що механізми психічного захисту захищають її від травматичних хворобливих спогадів і думок.

Частіше всього шкірне захворювання «допомагає» людині в наступному:

- якщо людина боїться спілкуватися з іншими, то хвороба виконує функцію «відлякування», заставляючи людей триматися далі;

- якщо людина не довіряє світу, то хвороба виконує функцію захисного панцира;

- якщо людина хоче привернути до себе увагу, але не вмє цього робити, то ця функція бере на себе хворобу.

Ефект навіювання. В даному випадку мається на увазі навіювання прикладом іншої людини. За спостереженнями фахівців, люди, які страждають іншими захворюваннями, з дитинства сильно прив'язані до зовнішньої краси і навіюють дитині, що «хороший хлопчик (дівчинка) повинен бути чистим, благополучним, добре виглядати». Начеб-то, нічого страшного в таких запитальних моментах немає, але вслід за такими твердженнями часто йде важливе доповнення: «а то мама любити не буде». Дитина цей постулат сприймає абсолютно серйозно, і всі свої емоційні сили витрачаються на бажання досягти зовнішнього вдосконалення. І тут виробляє відомий в холистичній психології принцип: людина позбавляється того, до чого занадто сильно прив'язується, що робить абсолютною цінністю. А оскільки в цьому випадку об'єкт є зовнішньою красою, її людина і може втратити.

«Елементи органічного мовлення». Хвороба може стати фізичним втіленням фрази. Наприклад, слова «у мене на нього алергія» можуть перетворитися в реальні симптоми. Можна задати питання: «Що саме викликає у мене алергічну реакцію?». Батьки, друзі, знайомі? При цьому дуже важливий змістовий аспект прояву алергії. Непунктуальність чи занадто великі вимоги до пунктуальності? Скупість або марнотратність? Ідеальний порядок чи хаотичний безлад? Невірність? Помішання на чистоті чи нечистоплотність? Неуважність друга чи партнера («ніколи нема часу»)? В цьому випадку хвороба може

розглядатися, як здатність виразити свою психологічну потребу в тілесній формі.

Ідентифікація, спроба бути схожим на когось вибирає собі ідеал і намагається бути схожим на нього. Однак, постійно імітуючи когось, підліток підсвідомо відчужується від власного тіла. Живучи все час в іншій «аурі», він в кінці кінців починає від цього страждати. Особливо небезпечне несвідоме наслідування батьків. Виконання батьківського сценарію, можливо, є одним із причинних захворювань.

Самопокарання. Це відбувається, коли за неідеальний та негарний вчинок підліток починає несвідомо карати себе. Часто це результат того, що підліток чинить не так, як її виховували, це сприяє виникненню почуття провини, а провини шукає покарання.

Хворобливий, травматичний досвід минулого – самий серйозне, глибоке джерело. Як правило, це психічні травми раннього періоду дитинства, витіснені, забуті, але активно впливають на поведінку і здоров'я людини. Іноді вони не забуваються, постійно тримаються в пам'яті і періодично виринають. Будь-яка кожна реакція, що сформувалася в умовах стресової ситуації у вигляді попереднього функціонального порушення, може спостерігатися і в подальшому (при будь-якій події, викликаній як стрес) у формі стереотипно повторюваного або хронічного патологічного процесу з певними змінами шкіри. Рецидиви патологічного процесу розвиваються у цих людей за механізмом «оживлення наслідків» навіть при багатолітній, практично повній ремісії і відсутності будь-якого зв'язку з безпосередньою причиною значного ураження шкіри.

Ще одна дуже важлива причина психосоматичних захворювань підлітків та молоді – може бути алекситимія. Алекситимія (греч. *a* — негатив, *lexis* — слово, мова і *thymos* — почуття) — поняття, що означає нездатність людини до емоційного резонансу, тобто «нема слів для почуття». Обмеження цієї здатності особливо виражено у психосоматичних пацієнтів і алекситимія є серйозним фактором ризику при розвитку психосоматичних захворюваннях і залежностях.

Алекситимія не є стійкою особистісною рисою, а виникає як захисний механізм в умовах тривалої психотравмуючої ситуації та може зникати на фоні тривалої психокорекції та психотерапії. Психотерапія має бути спрямована на здатність справлятися із власними афектами, знаходити адекватну форму для своїх переживань та емоційно реагувати відповідно до ситуації, а також на підвищення самооцінки підлітків та розвиток комунікативних навичок.

Ще один сучасний відомий психолог, професор, автор безлічі статей та книг про психологічне здоров'я О.В. Хухлаєва виділяє три групи дітей, схильних до психосоматики [41].

Перша група: Ці діти бояться захворіти. Тому що зараз дуже багато реклами лікарських засобів (наприклад, проти грипу, від болю у шлунку тощо). А страх захворіти, страх темряви, монстрів та ін викликає почуття небезпеки і хворобу.

Друга група: Це діти з пристрасним бажанням бути добрим завжди і в усьому. Але ідеальним бути неможливо. Від цього дитина дуже напружена. У неї розвинене почуття провини, страх помилки, страх не відповідати нормам оточення. Через нервову напругу виникають тіки, ГРЗ та ін.

Третя група: Це діти, які відчують самотність і відсутність емоційного контакту з дорослими. Тут хвороба – крик: «Подивіться у мою душу!».

Фахівці стверджують, що психосоматична хвороба це своєрідний сигнал про те, що людина веде не просто неправильний, а невідповідний природньому відреагуванню – спосіб життя.

Підліток автоматично неусвідомлено запускає механізм, який приводить до створення хворобливих симптомів кожен раз, коли не може справитися з травмуючою ситуацією.

Тобто емоції пов'язані з емоційно-потребнісною сферою підлітків. І, якщо у дитини виявляються власні потреби, які відрізняються від інтересів батьків, то існує ризик, що в молодому віці ці заборонені емоції будуть вже пригнічені і заблоковані і молода людина буде говорити: я не розумію, що я хочу насправді і якою я є насправді, що ускладнює подальше самовизначення.

Ось зразок списку психосоматичних захворювань, які з'являються в підлітковому віці:

- З боку травної системи: порушення апетиту, аерофагія, нудота, блювання, біль у животі, метеоризм, порушення випорожнень (пронеси, запори);
- З боку шкірних покривів: алергічні прояви у вигляді висипів, свербіж шкіри, випадіння волосся;
- З боку рухової системи: тіки, гіперкінези, кривошия, псевдопарези, порушення ходи, псевдоепілептичні прояви;
- З боку ендокринної системи: порушення менструального циклу, вуглеводного обміну; зміни маси тіла;
- З боку респіраторної системи: задишка, нав'язливий кашель, утруднення вдиху;
- З боку системи виділення: енурез, енкопрез, обмінна нефропатія;
- З боку серцево-судинної системи: тахікардія, біль у серці, підвищення або зниження артеріального тиску;
- З боку системи терморегуляції: субфебрилітет, гіпертермія, гіпотермія;
- У мовленні: запинки, заїкуватість, більш дитяче мовлення, труднощі у розмові;
- Алергічні прояви: головний біль, біль у м'язах, суглобах, сечовому міхурі та інших органах.

Приклади варіантів зв'язку витіснених емоцій та дитячо-підліткової психосоматики:

- Застуди, ГРВІ, нежить, закладений ніс, кашель, бронхіт – все це наслідки нервової атмосфери в сім'ї, поганого контакту з близькими родичами, внутрішнє незадоволення і неможливість змінити що-небудь, пригнічений гнів, не бажання бути слухняним. Нежить є ознакою плачу, що часто стримується, образи.
- Проблеми із шлунково-кишковим трактом – це харчові отруєння, проноси, кишкові гази, що є наслідками страху перед агресивними проявами

зовнішнього середовища, бажанням якнайшвидше позбутися неприємного, надлишком інформації, яка тисне на дитину, а вона не хоче її засвоювати.

- Тонзиліт - це вияв того, що дитина не може або не сміє висловити свою думку, виявити свої здібності.
- Аденоїдит є ознакою того, що дитина вважає або відчувається не затребуваною, не потрібною, марною.
- Кон'юктивіт говорить про те, що дитина більше не хоче або не може дивитися на те, що відбувається навколо неї.
- Гострі респіраторні вірусні інфекції часто виникають у дітей, на яких покладаються надто великі надії, якщо дитина відчуває, що не виправдала очікувань батьків.
- Бронхіт і кашель – це ознаки страху висловити свої почуття та емоції перед мамою та татом, висловити те, що турбує.
- Алергія – неможливість позбутися джерела постійного роздратування чи незручності.
- Анемія свідчить про те, що дитина не відчуває впевненості в собі, у своїх силах, відчуває нестачу радощів та приємних емоцій.

Психічний розвиток від дитячого віку і до періоду зрілості зазнає різноманітних змін. Можна підкреслити найважливіші якості психіки підліткового віку: велику вразливість, ранимість і крихкість при несприятливих ситуаціях, боязкість і сором'язливість, ще недостатнє критичне осмислення того, що відбувається навколо (Антропов, Бельмер, 2003) [2].

Які підлітки в зоні ризику і варто вчасно серйозно задуматися про їхню діагностику щодо виявлення психосоматичних захворювань:

- Підліток не може впоратися зі своїми емоціями, які часто носять негативний характер і повністю захоплюють його.
- Будь-який стрес виводить підлітка з рівноваги, він реагує неадекватно, не вміє справлятися самотужки.
- Підліток песимістичний, постійно чекає на неприємності.
- Часто говорить про те, що передчує лихо.

- Не виражає любові та прихильності до будь-кого та самого себе. Відкидає любов з боку інших людей.

- Намагається контролювати всі події, нездатний насолоджуватися чимось повністю.

- Більшість часу похмурий, рідко сміється і посміхається.

- Ставить собі нездійсненні завдання.

- Не вміє долати перешкоди, швидко здається.

- Відмовляється від радощів, ніби караючи себе за щось.

- Рідко відпочиває та розслабляється.

- Якщо щось йде не за планом, губиться і не знає, що робити далі.

- Неохоче говорить про свої почуття.

- Не має власної яскраво вираженої позиції, залежний від думки інших людей.

- Не може сам визначити межі для своєї поведінки, комфортні для нього та оточуючих.

- Часто впадає у відчай, каже, що життя безглузде.

- Відмовляється щось змінювати у своєму житті.

- Звинувачує у своїх проблемах оточуючих.

- Схильний до депресії.

Гормони, що виробляються в процесі функціонування стресової системи, відповідають як за розвиток стресової реакції, так і за її завершення. У ранньому дитинстві (ймовірно, до півтора року) стресова система піддається надмірним впливам, можливі її довгострокові зміни. Ці зміни виявляться не відразу після впливу стресового стимулу, але пізніше, коли виникнуть суттєві гормональні перебудови, і натомість на фоні яких недостатність системи реагування на зовнішні умови буде особливо помітна. Це зумовлено тим, що аж до початку пубертатного періоду у дітей в нормі повинна бути гіпореспонсивність на стрес – це зниження фізіологічної реакції на стресор, механізм, який захищає чутливу нервову систему, що розвивається від агресивної дії гормонів стресу (Ніколієва, Грекова, 2014)[22].

Потужні гормональні перебудови найбільш яскраво відбуваються у підлітковому віці, одночасно з посиленням активності та системи стресу. Можна припустити, що ранні зриви гормональної регуляції в період стресового впливу призводять до розвитку соматичного захворювання в підлітковому віці. Причому тип захворювання визначатиметься не так типом стресового впливу чи психотипом людини, скільки генетично зумовленими біохімічними процесами в організмі в процесі стресу або алостазу.

У той же час сильний і психоаналітичний підхід до розвитку захворювань, згідно з яким не так особливості реагування стресової системи, як сприйняття особистістю тих чи інших проблем, які необхідно, але складно вирішувати, і визначають розвиток психосоматичних захворювань.

Наявні дані дозволяють припустити, що у підлітковому віці у формуванні захворювання більшою мірою впливатимуть саме ранні зміни функціонування стресової системи. У момент різких гормональних перебудов додатковий вплив стресора може призвести до неадекватної реалізації відповіді на інтенсивний зовнішній вплив через недостатність роботи стресової системи, пошкодженої в ранньому дитинстві. У той же час у пізнішому періоді онтогенезу, розвиток захворювання, що виникає поза настільки потужними гормональними перебудовами, як це відбувається в пубертатному періоді, більшою мірою визначатиметься особистісними особливостями людини та типом стресора. Формування внутрішнього конфлікту у цьому разі має супроводжуватися посиленням механізмів психологічного захисту. При розвитку захворювання як результату зламу стресової системи в дитинстві не повинно бути потужних змін особистості та, насамперед, посилення механізмів психологічного захисту. Однак обумовленість формування захворювання раннім ушкодженням стресової системи має супроводжуватись астеничними явищами.

Підлітковий та юнацький вік характеризується наростанням бажання сепарації від батьківського виховання. Органом, який найбільше відділяє людину і окреслює її межі є шкіра.

У підлітків часто виникають шкірні хвороби, особливо на обличчі.

В даний час найбільш вивченими клінічними проявами кожних розладів як частини невротичної симптоматики є такі стани, як нейродерміт, екзема, ангіоневротичний набряк, кропивниця. В цих захворюваннях велике значення має розчесування. Психоеаналітичні дослідження показують, що важливим фактором розчесування є ворожі імпульси, які через почуття провини відхиляються від своєї первісної цілі та спрямовані проти власної особистості.

У деяких сім'ях прийнято подавати частину емоцій у сприятливих цілях: «плачуть тільки невдахи», «мужчини не плачуть», «сміються тільки невиховані люди» і т.д. Результатом такого виховання стає неможливість сприймати і словесно виражати свої почуття. Ця нездатність є однією з основних причин психосоматичних захворювань, таких як ревматоїдний артрит, бронхіальна астма, онкологічні та будь-які захворювання в подальшому. Непроявлені емоції схожі на пружину, чим сильніше людина прагне їх подавити, тим більше внутрішньої напруги. І в кінці кінців подавлені почуття прориваються назовні через симптоми захворювання.

Висновки до розділу

У розділі досліджено, що різні підвиди внутрішнього емоційного стану: заборонені, заблоковані, витіснені, пригнічені, непомічені, проігноровані, нерозпізнані емоції – створюють більше чи менше навантаження на організм підлітка і молодой людини. Підліток з його тонкою душевною організацією, слабкими захисними психологічними механізмами і психікою, що не зміцніла, піддається впливу негативних зовнішніх впливів сильніше, ніж дорослий. Стан емоційної і невідреагованої напруги підлітка – через різницю потреб дитини та інтересів батьків, супроводжується суттєвими змінами функцій низки органів і систем, і заблоковані емоції матимуть відповідь на рівні фізіології людини і можуть виявлятися у психосоматичних симптомах. Заблокована емоція має вийти назовні, і вона робить це через хвороби. Такі хвороби, які виникають як результат пригнічених емоцій та переживань, називаються психосоматичними. Стан душевного благополуччя, коли адекватна умовам дійсності, - регуляція

поведінки та діяльності, і характерна відсутність хворобливих психічних проявів є – психосоматичним здоров'ям. Зміст поняття не вичерпується медичними та психологічними критеріями, у ньому відображені суспільні, групові, сімейні норми та цінності, що регламентують духовне життя людини. Психосоматичне здоров'я – це дослідження взаємозв'язку між фізичним і психологічним благополуччям. Проте благополуччя не досягає високого рівня, коли думки та емоційні переживання – створюють психосоматичні захворювання, симптоми без органічної причини. Коли захворювання є результатом таких емоційних станів, як гнів, тривога, депресія, провина та ін., тоді воно може бути класифіковано як психосоматичне. Спектр цих емоцій набагато ширший у підлітків, ніж у дорослих.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА З ПСИХОСОМАТИЧНИМ ЗДОРОВ'ЯМ ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ ІЗ ПОДАВЛЕНИМИ ЗАБОРОНЕНИМИ ЕМОЦІЯМИ

2.1 Діагностичний підхід до психосоматичного здоров'я підлітків та молоді із подавленими забороненими емоціями

Для дослідження проблеми нами було продіагностовано 2 групи осіб – 32 особи раннього юного віку – віком 15 – 16 років, учні 10 класів шкіл м.Хмельницького, та 72 особи 19-22 років, студенти Хмельницького національного університету, вибірка включала дівчат (80,5%) та юнаків (19,5%).

На різних етапах дослідження використано такі *діагностичні* методики – 2 анкетування (одне для школярів та одне для студентів), 3 опитувальника, бесіди, спостереження, а саме:

методика – Патохарактерологічний Діагностичний *Опитувальник* ПДО для підлітків, який розроблений у відділенні підліткової психіатрії, для дослідження типів акцентуації характеру і типів психопатій, і пов'язаних із нею деяких особистісних особливостей (психологічної схильності до алкоголізації, дилінквентності, розвитку психосоматичних захворювань). *Торонтська шкала алекситимії* – опитувальник для визначення складнощів у розумінні та вербалізації власних емоцій, та нездатність розуміти емоційні стани інших людей, у диференціації почуттів та тілесних відчуттів, переважною фіксацією уваги на зовнішніх подіях поряд із внутрішніми переживаннями; *FPI* (багатофакторний особистісний опитувальник): *шкали емоційної лабільності та відкритості* за допомогою використання модифікованої форми. Високі показники є свідченням рівня нестійкого емоційного стану, який проявляється в частих коливаннях настрою, підвищеної збудливості, частої подразливості, а також низької саморегуляції.

Низькі показники шкали оцінки, з іншого боку, можуть свідчити не тільки про високу емоційну стабільність, але і про хороші уміння володіти собою. Шкала «Відкритість» характеризує ставлення до соціального середовища, а також рівень самокритичності. Високі показники свідчать про прагнення до довірливих взаємовідносин з оточуючими людьми при наявності високого рівня самокритичності. *Діагностика рівнів власного психосоматичного здоров'я* опитувальником, в його основі викладено твердження про те, що між суб'єктивною оцінкою і поруч з об'єктивними показниками стану організму існує достовірна залежність. Анкета включає в себе 28 пунктів-питань, на 27 з яких передбачені відповіді «так» або «ні». Останнє питання пропонує оцінити своє здоров'я як «хороше» або «погане».

Кожна з методик відповідала завданням наукової роботи, досліджувалися різні психологічні категорії, що на нашу думку впливають на розвиток досліджуваного явища.

Всі методики були подані у Google формі, щоб студентам було зручно та вони мали змогу проходити їх у зручний для них час. Таблична форма результатів дала нам змогу інтерпретувати результати і оцінювати їх за шкалами.

Всі опитування були анонімними, кожен при проходженні методик лише повинен був вказати свій вік та стать. Це у свою чергу дало нам змогу оцінювати не лише за конкретними компонентами, а й розподілити за гендерними характеристиками.

Психодіагностичний підхід до підлітків та осіб раннього юного віку, у віковому періоді, коли вони вже не діти, але ще й не дорослі, – особливий, і враховує як їхні дитячі, так і дорослі риси. Діагностиці сприяє те, що у процесі їхнього тестування діагностичними методиками – їхня увага підвищена до самопізнання власне у даному віці, навіть коли тести малоцікаві, щоб отримувати цікаві та корисні відомості про себе і створює сприятливі умови для застосування.

У нашому випадку ми спочатку продіагностували першу діагностичну групу – це 32 особи раннього юного віку - віком 15 – 16 років, учні 10 класів шкіл м.Хмельницького. Перед тим, як проводити обстеження, було проведено роботу з батьками, роботу з учителем (його спостереження щодо кожного).

Патохарактерологічний діагностичний опитувальник для підлітків – ПДО (Личко А.Є., Іванов Н.Я.) (Додаток А)

Для діагностики виявлення ризику появи психосоматичних захворювань взяли патохарактерологічний діагностичний опитувальник для підлітків – ПДО (Личко А.Є., Іванов Н.Я.). Цей опитувальник призначений для визначення типів акцентуації характеру і типів психопатій, і навіть пов'язаних із нею деяких особистісних особливостей (психологічної схильності до алкоголізації, дилінквентності, розвитку психосоматичних захворювань). Методика складається з думок, об'єднаних у 25 підшкал, матеріали яких були надані в опитувальнику для випробовуваних. З кожного списку думок вони мали обрати такі три, які до них відносяться найбільшою мірою і три такі, що відносяться найменшою мірою. За характером виборів видно схильність до типу акцентуйованого характеру, до якого належить випробуваний.

Для тестуючих представляється набір фраз, що відбивають ставлення до низки життєвих проблем, актуальних у підлітковому віці за різних типів характеру, реагування на ті чи інші ситуації.

До таких проблем увійшли оцінка своїх вітальних функцій (самопочуття, сон, апетит, сексуальний потяг); ставлення до оточення (батьків, друзів, незнайомих); до деяких абстрактних категорій (до правил, законів, до опіки та настанов, до критики на свою адресу).

Вибори, що проводяться випробуваними, заносяться ними у спеціальний реєстраційний бланк.

За допомогою ПДО можуть бути діагностовані такі типи психопатій та акцентуацій характеру, короткий опис яких наводиться нижче.

Гіпертимний тип. Відрізняється майже завжди добрим, злегка підвищеним настроєм. Має високий тонус, енергійний, активний. Виявляє

прагнення бути лідером. Образливий і нестійкий за інтересами, недостатньо розбірливий у знайомствах. Погано переносить самотність.

Легко адаптується у незнайомій обстановці. Не любить одноманітність, дисципліну, вимушене неробство, монотонну роботу. Оптимістичний та дещо переоцінює свої можливості. Нерідко бурхливо реагує на події, дратівливий.

Циклоїдний тип. Часто змінює настрій, падає працездатність, втрачається інтерес до роботи та оточуючим людям, причому це відбувається періодично. Тяжко переживає невдачі, часто думає про свої недоліки, непотрібність, відчуває самотність.

Періоди депресії іноді перемежуються активністю, властивою гіпертичному типу. Самооцінка нерідко буває неточною.

Лабільний тип. Характеризується крайньою, непередбачуваною мінливістю настрою. Сон, апетит, працездатність та товарицькість залежать від настрою.

Зазнає глибокого почуття особистої прихильності до тих людей, які до нього ставляться з симпатією та любов'ю. Високо-чутливий до відносин людей. Уникає лідерства. Має адекватну самооцінку.

Астено–невротичний тип. Характеризується підвищеною стомлюваністю, дратівливістю, схильністю до іпохондрії – перебільшеної уваги до стану свого здоров'я. Тривожно недовірливий. Боїться ситуацій змагання та екзаменаційних випробувань

Дані типи акцентуацій впливають та співвідносяться з реакціями на типи сімейного виховання, що буде представлено в наступному підпункті.

Анкета діагностики рівнів власного психосоматичного здоров'я
(Додаток В)

Анкета включає в себе 28 пунктів-питань, на 27 з яких передбачені відповіді «так» або «ні». Останнє питання пропонує оцінити своє здоров'я як «хороше» або «погане». В основі даного опитувальника викладено твердження про те, що між суб'єктивною оцінкою і поруч з об'єктивними показниками стану організму – існує достовірна залежність.

За допомогою опитувальника проводиться анкетування серед старшокласників – з метою виявлення психологічних проблем та причин, що впливають на фізичне здоров'я школярів (на думку учнів), та сформовані такі запитання:

Чи часто ти хворієш і пропускаєш заняття?

Що на твою думку найбільше негативно впливає на твоє здоров'я?

Чи стримуєш ти свої негативні емоції?

Торонтська шкала алекситимії (Станіславчук М.А., Шаповал І.І., Заїчко К.О. (2016) Адаптація та валідація україномовної версії)(Додаток С)

Для визначення індивідуально-особистісних особливостей підлітків було застосовано також Торонтську шкалу алекситимії, діагностика проведена для цих самих 32 учнів середньої школи. Підлітки були розподілені на групи для діагностики. Ті, які виявили в себе у самодослідженні психосоматичні проблеми внаслідок психологічних причин взаємодії з батьками були відібрані у основну діагностичну групу, інші в додаткову діагностичну групу.

(Toronto Alexithymia Scale, TAS 20) — це клінічний опитувальник, призначений для вивчення такої особистісної характеристики, як алекситимія, що полягає в зниженні або відсутності здатності до диференціювання, розпізнавання чи вираження емоційних переживань та тілесних відчуттів. Іноді в це поняття також включають низький рівень емоційної чутливості щодо інших людей, низьку емоційну залученість у повсякденному житті, диференціацію почуттів і тілесних симптомів, недостатньо розвинену уяву.

Алекситимія вважається стійкою рисою, яка у сукупності з іншими чинниками зовнішнього середовища спричиняє розвиток і загострення соматичних захворювань і може посилити і прискорити виникнення психічних розладів. Алекситимія впливає на фізичне та соціальне життя. Слово «алекситимія» використовується з др.пол. 20 століття до пацієнтів з класичними психосоматичними захворюваннями для визначення групи когнітивних та афективних характеристик. Увага зростає до дослідження кореляції алекситимії з психосоматичними розладами, оскільки у таких

пацієнтів страждає виявлення відчуттів і розрізнення почуттів від відчуттів та існує відсутність адекватної реакції на звичні стимули, що впливає на накопичення психосоматичної симптоматики. Крім того, якщо людина не помічає почуття чи відчуття, бо вони витіснені чи заблоковані, то вона не може адекватно їх донести до лікарів і отримати своєчасне лікування, тому симптоматика має тенденцію в таких випадках до накопичення та наростання.

У дослідженні використана остання модифікована версія шкали TAS-20. Дана шкала складається з 20 запитань, а результат обчислюється як сума балів за 20 пунктами. Кожен пункт оцінюється у 5 балів. При підрахунку загальної суми балів слід враховувати, що оцінка пунктів 4, 5, 10, 18 і 19 має бути зворотною (тобто оцінка 1 стає оцінкою 5; 2 = 4; 3 = 3; 4 = 2; і 5 = 1). Загальна оцінка шкали проводиться наступним чином: ≥ 61 — високий рівень АС («АС»), ≤ 51 = низький рівень АС («неАС»).

У складі TAS-20 виділяють три субшкали: труднощі з ідентифікацією почуттів (DIF-F1), яка вимірює неможливість розрізнити різні емоції або визначити різницю між почуттями та тілесними відчуттями; труднощі з описом почуттів (DDF-F2), яка оцінює неможливість вербалізації суб'єктивних емоцій; та субшкала зовнішньоорієнтованого мислення (EOT-F3), яка оцінює тенденцію індивідів зосереджувати свою увагу на зовнішньому, а не на внутрішньому емоційному досвіді.

Ми застосовували його для перевірки емоційної лабільності, збудливості, оволодіння емоціями, врівноваженості/неврівноваженості в комунікації, схильності до стримування і пригнічення негативних емоцій.

Опитування студентів щодо асоціацій до слова Психосоматика (якісний аналіз семантичних полів розуміння слова "психосоматика")

Опитування складене для студентів, тому що для розуміння та асоціацій зі словом Психосоматика - потрібен старший юнацький вік В опитувальнику пропонується якісний аналіз семантичних полів розуміння слова "психосоматика - знайти не менше 5-7 асоціацій до понять "психосоматика", а потім до кожної асоціації запропонувати характеристику, яка відображає її

сутність. Дана діагностична методика надає можливість почати досліджувати молоддю причини власної психосоматики та розвиває здатність до саморозуміння.

Опитувальник «Самооцінка психосоматичного здоров'я» (Додаток D)

Опитувальник застосований для самооцінки психосоматичного здоров'я. В його основі викладено твердження про те, що між суб'єктивною оцінкою і поруч з об'єктивними показниками стану організму існує достовірна залежність. Анкета включає в себе 28 пунктів-питань, на 27 з яких передбачені відповіді «так» або «ні». Останнє питання пропонує оцінити своє здоров'я як «хороше» або «погане».

Опитувальник FPI (Додаток E)

За допомогою даного опитувальника в дослідження проводиться діагностика емоційної лабільності для даного дослідження. Опитувальник призначений для діагностики стану та властивостей особистості, які мають першорядне значення для процесу соціальної адаптації та регуляції поведінки. Опитувальник містить 12 шкал. Загальна кількість питань у опитувальнику — 114. Шкали опитувальника I-IX є основними або базовими, а X-XII - похідними, що інтегрують. Досліджуваним пропонується відповісти на низку питань, які мають на меті дізнатися особливості їхнього характеру, схильностей та інтересів через відповіді на твердження «Так» чи «Ні» стосовно опитуваних. Кількість запитань у тесті: 114

За допомогою використання модифікованої форми – опитувальника FPI, нами обрано опитування за шкалами: шкали емоційної лабільності та відкритості.

Шкала «Емоційна лабільність» демонструє характеристику стійкості емоційного стану. Високі показники є свідченням рівня нестійкого емоційного стану, який проявляється в частих коливаннях настрою, підвищеної збудливості, частій подразності, а також низької саморегуляції. Низькі показники шкали оцінки, з іншого боку, можуть свідчити не тільки про високу емоційну стабільність, але і про хороші уміння володіти собою.

Шкала «Відкритість» характеризує ставлення до соціального середовища, а також рівень самокритичності. Високі показники свідчать про прагнення до довірливих взаємовідносин з оточуючими людьми при наявності високого рівня самокритичності.

2.2. Аналіз і оцінка емпіричного дослідження діагностики психосоматичного здоров'я підлітків та молоді із подавленими забороненими емоціями

Аналіз отриманих результатів дослідження представимо описом за проведеними методиками:

Патохарактерологічний діагностичний опитувальник для підлітків – ПДО щодо типів акцентуацій

Проведення діагностика Патохарактерологічний Діагностичний Опитувальник ПДО для підлітків щодо типів акцентуацій показала наступні результати:

Дані типи акцентуацій впливають та співвідносяться з реакціями на типи сімейного виховання:

Таблиця 2.1. Типи акцентуації характеру і стилі сімейного виховання

Акцентуація	Кількість осіб	Стилі спотвореного сімейного виховання	
<i>Гіпертимний</i>	6 людини	Гіпопротекція, бездоглядність підлітків, залишені на себе, бо зайняті батьки	Домінуюча гіперпротекція
<i>Циклоїдний</i>	4 людини		
<i>Нестійкий</i>	2 людини		
<i>Лабільний</i>	4 людини	-	
<i>Шизоїдний</i>	4 людини	-	
<i>Сенситивний</i>	6 людини	Гіперпротекція, нема права вибору для підлітків, несаможиттєвість	-
<i>Психостенічний</i>	6 людини		Підвищена моральна відповідальність

Порівнюючи розмову, проведену з батьками, учителем і самими обстежуваними, можна сказати, що виховання не так суттєво впливає на формування акцентуацій. Очевидно, що типи акцентуації зумовлені більше генетичним чинником, проте саме родичі зі схожими акцентуаціями впливають

через виховання на те, щоб загострювалася акцентуація підлітка. Особливо це стосується епілептоїдів, істероїдів, психастеніків.

Поряд з цим, деякі види неправильного виховання також можуть сприяти розвитку певних змішаних амальгамних типів.

Бездоглядність (гіпопротекція) культивує нестійкі риси (у випробуваних це циклоїдний – 4 особи, гіпертимний – 6 осіб, нестійкий – 2 людини), тобто, це підлітки, надані самі собі. У таких дітей або батьки були дуже зайняті в діяльностях та зароблянні або несприятливі сім'ї.

У той же час, домінуюча гіперпротекція (надмірна опіка) посилює саме сенситивні та психастенічні риси (такі акцентуації набули 12 осіб). Таке виховання загрожує тим, що не дає право вибору для дитини, та самостійності. Батьки зазнають підвищеного страху за майбутнє і долю своєї дитини і її саму. Цей тип реакції, ставлення – переймається і виявляється у акцентуації.

Потураюча гіперпротекція (виховання на кшталт «кумира сім'ї») накладає істероїдні риси представників всіх типів, крім сенситивного і психастенічного. Дитина, вихована на кшталт «кумир сім'ї» виявляє підвищену любов до себе, жагу уваги з боку, потреба у шануванні, захопленні, співчутті із боку оточуючих людей. Схильний до прикрашання своєї особи, прагне показати себе у кращому світлі.

Згубна дія виховання за умов жорстоких взаємовідносин розвиває епілептоїдні риси, а умовах підвищеної моральної відповідальності – психастенічні риси.

Психічний стрес може сприяти виникненню різних психосоматичних захворювань або змінювати їх перебіг. Цей факт відомий давно. Однак усе у вихованні залишається, як і раніше. У деяких сім'ях виховний процес як традиція. «Ніхто від цієї традиції не помер», так міркують батьки, вихователі, вчителі.

У людини під впливом психічних факторів можливе зниження шкірної гіперчутливості уповільненого типу. Дія психосоціальних стресів, які провокують внутрішні конфлікти і викликають адаптивну реакцію, може

проявлятися по-таємно, під маскою соматичних розладів, симптоматика яких схожа на симптоматику органічних захворювань.

Емоційні порушення нерідко не помічаються і навіть заперечуються як дітьми, так і їхніми батьками, діагностуються лікарями.

Причини та механізми формування того чи іншого психосоматичного симптому у відповідь на психосоціальний стрес можуть простежуватися досить чітко. Наприклад, тривога прямо пов'язана з адренергічними феноменами: тахікардією, потовиділенням та іншими. Однак механізми розвитку психогенних симптомів часто залишаються неясними, хоча, як правило, їх пов'язують із напруженістю, що проявляється як безпосередньо (наприклад, м'язова напруга), так і у конверсійній формі.

Конверсія – це несвідомий процес трансформації психічних конфліктів і тривоги на соматичні симптоми. Поняття конверсії зазвичай пов'язують із істеричним поведінкою.

Тривогу та депресію прийнято вважати виразом психічного стресу, що проявляється нерідко у формі соматичних розладів. Найчастіше підлітки можуть скаржитися на розлади однієї певної системи, це також підтверджується зі слів батьків, відповідаючи на запитання: «Ваша дитина добре почувається? Чи були якісь скарги на самопочуття?». Рідко, коли діти повідомляють батьків про емоційний дискомфорт. Цим ускладнюється діагностика.

Подібні випадки виглядають як масковані депресії, хоча все більш підходящою була б назва маскована тривога. У цих випадках можуть виявлятися дисфорія та такі симптоми депресії, як інсомнія, ідеї самоприниження, рухова загальмованість, песимістичний погляд на життя. І навіть при цьому підлітки можуть заперечувати зниження настрою.

У інших випадках тривога і депресія усвідомлюються, але сприймаються як щось вторинне, тобто, реакція на фізичне нездужання, стомлення.

Поняття і принципи нашої культури виховання, спілкування, взаємодії один з одним формує особистість у строго заданому напрямі, що

характеризується певним, конкретним психічним станом, у якого відбуваються характерні психічні процеси.

При зміні психічного стану особистість виходить за межі конкретної культури соціуму. Цей глобальний психічний стан, який визначається соціумом, називається типом психіки або соціальною акцентуацією особистості, будь-який характер обов'язково акцентується у тому чи іншій мірою, тобто розвинені нерівномірно сильно в одній області на шкоду іншим (негармонійно).

Саме внаслідок цього і виникає ті чи інші захворювання як наслідок недорозвинення психічних та тілесних задатків, закладених генетично.

Анкета діагностики рівнів власного психосоматичного здоров'я

Також було застосовано Діагностику рівнів власного психосоматичного здоров'я опитувальником, в його основі викладено твердження про те, що між суб'єктивною оцінкою і поруч з об'єктивними показниками стану організму існує достовірна залежність.

Ми провели за допомогою опитувальника анкетування серед старшокласників з метою виявлення психологічних проблем та причин, що впливають на фізичне здоров'я школярів (на думку учнів), та запитували такі запитання:

Чи часто ти хворієш і пропускаєш заняття?

Проаналізувавши отриману інформацію, ми бачимо, що підлітки, які хворіють часто, не завжди через це пропускають заняття

Що на твою думку найбільше негативно впливає на твоє здоров'я?

Проаналізувавши отримані результати, ми з'ясували, що підлітки визнають найважливішим чинником негативного впливу на своє здоров'я емоційний стрес. А головними складовими цього стресу визнано конфліктні стосунки з батьками та неуспіхи або не такі, які бажані батьками, успіхи у школі. Проаналізувавши отримані результати, з'ясовано, що навчальні вимоги, які також часто стають важливими у вихованні, – створюють певні психологічні труднощі, які зумовлені нервовим напруженням через присутність

у школі елемента змагання, орієнтацією на високі показники у навчанні (одні підлітки переживають свою нездатність задовольнити батьківські сподівання про високу успішність, у інших – навчання хоч і відходить на другий план, але при цьому погані оцінки здатні призвести до зниження самооцінки, агресії, пригніченості)

Через це можуть бути присутні і такі емоції як роздратування, агресія, страх, занепокоєння.

Чи стримуєш ти свої негативні емоції?

Ми можемо відзначити, більшість респондентів стримують свої негативні емоції, пояснюючи це культурою поведінки. Але будь-які негативні емоції повинні бути виражені, інакше можна говорити про «затиснуті» емоції, які в кінцевому підсумку можуть змусити страждати організм. Тому висловлювати свої емоції необхідно, і ми вирішили дізнатися, як це роблять підлітки.

Ми проаналізували результати і отримали наступні реакції на проблеми, що виникають у підлітків:

- серед хлопців підліткового віку домінує активний протест, тобто. грубість та агресивна поведінка;

- дівчата також часто вдаються до подібних проявів активного протесту, що виявляється в грубості, але водночас більшість з них все-таки вважають за краще втекти або заплакати наодинці, або внаслідок тиску за інших причин ця напруга починає вивільнятися через нервову реакцію та сльози.

Передбачається, що кожна емоція, така як, наприклад, тривога, гнів, страх по-різному впливає на здоров'я, «відкладаючись» у тих чи інших органах та викликаючи захворювання. І саме не вміння правильного, без шкоди для здоров'я, вираження емоцій, а не стримування їх у собі або у вираженні агресії до оточуючих – є причиною, що негативно впливає на здоров'я підлітка.

І ще один стресор, який на думку дітей може сильно впливати на їхнє здоров'я – це конфліктні стосунки з батьками. Адже не секрет, що саме наявність міцної підтримки сім'ї благополучно позначається на опірності до захворювань. Вчені говорять про те, що стан здоров'я дитини може виявитися у

великій мірі показником відносин її батьків між собою, до себе та до дитини зокрема.

Отже, на думку старшокласників, головними причинами, що впливають на погіршення їх здоров'я є ряд факторів: емоційні стреси, пов'язані з навчальною діяльністю і конфліктними ситуаціями з батьками, що виникають, а також різні важкі життєві ситуації викликають появу негативних емоцій, які викликають труднощі і велику емоційну напругу.

Вказані підлітками внаслідок опитування причини відображені на діаграмі:

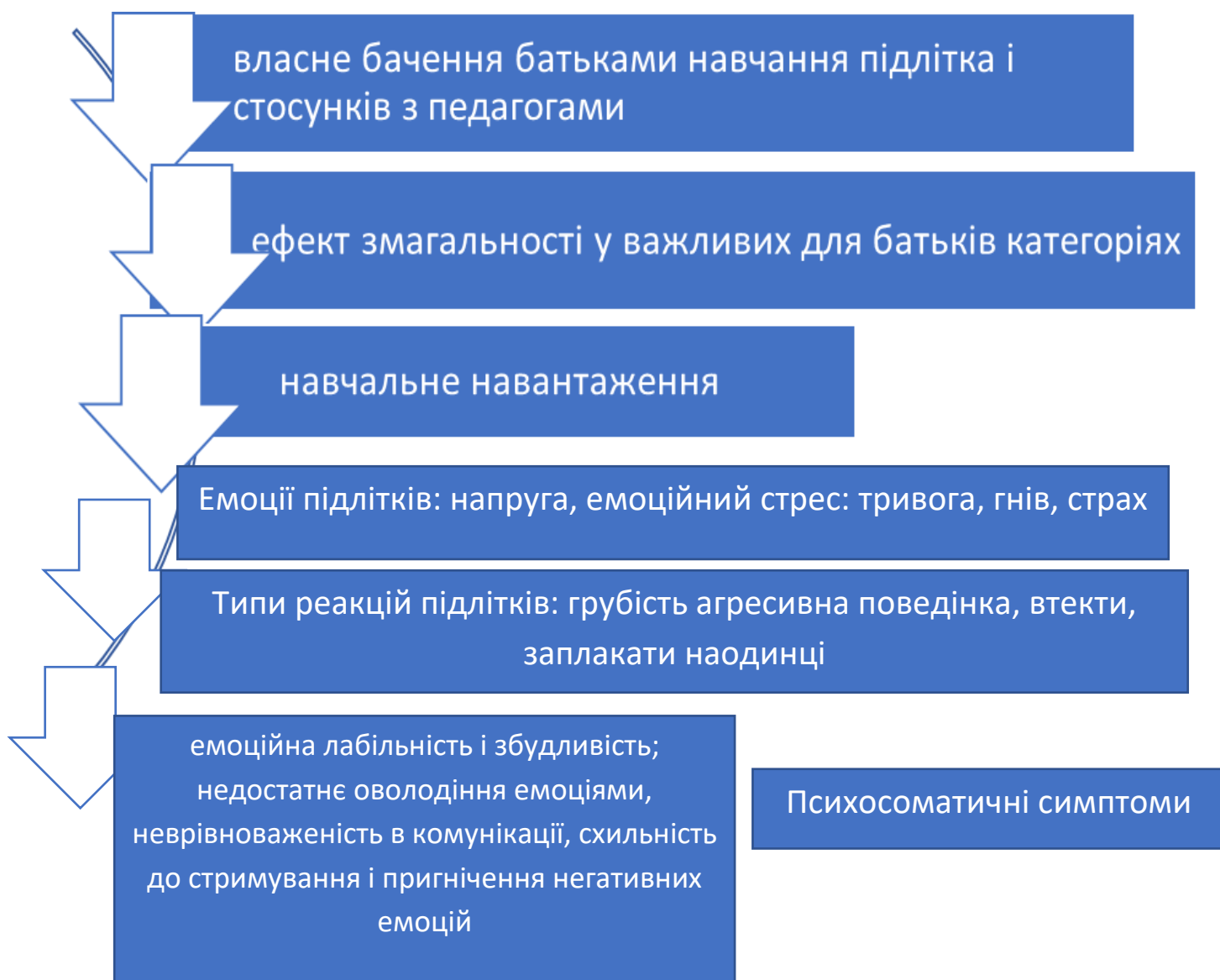


Рисунок 2.1.- Фактори, вказані підлітками, що впливають на погіршення їхнього здоров'я

Торонтська шкала алекситимії

Для визначення індивідуально-особистісних особливостей підлітків було застосовано також Торонтську шкалу алекситимії, діагностика проведена для цих самих 32 учнів середньої школи. Підлітки були розподілені на групи для діагностики. Ті, які виявили в себе у самодослідженні психосоматичні проблеми внаслідок психологічних причин взаємодії з батьками були відібрані у основну діагностичну групу, інші в додаткову діагностичну групу.

Таблиця 2.2. Рівні алекситимії підлітків у обстежуваній групі (за Торонтською шкалою алекситимії)

Тип/ група	Алекситимічний тип (> 74 б.)	Група ризику (< 62 б.)	Неалекситимічний тип (62-74 б.)
Основна діагностична група (мають психосомативні проблеми внаслідок психол.проблем у взаємодії з батьками)	33,3 %	13,3 %	53,4 %
Додаткова діагностична група (інші)	11,1 %	42,2%	46,7 %

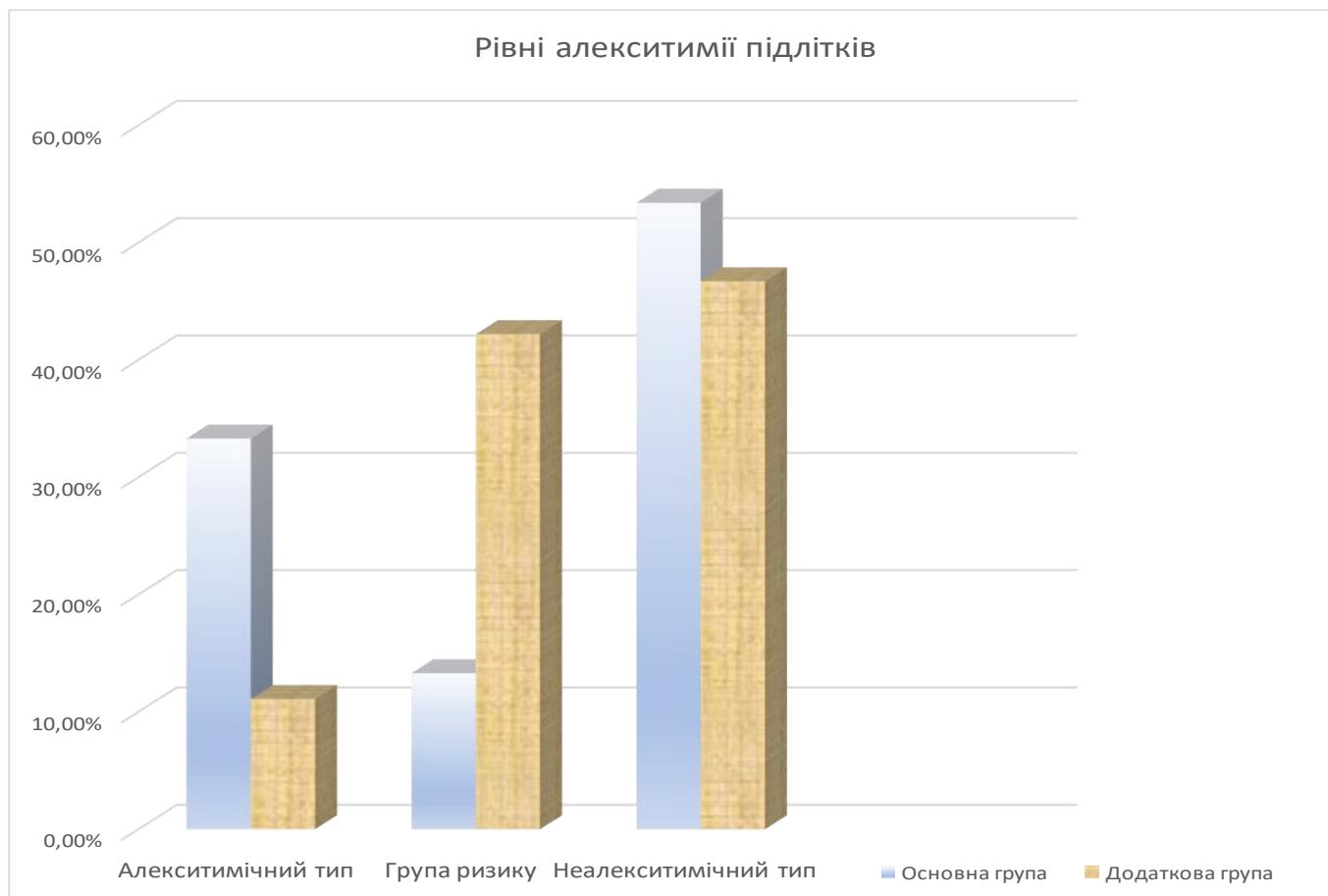


Рисунок 2.2. - Діаграма рівнів алекситимії підлітків у обстежуваній групі (за Торонтською шкалою алекситимії)

Дослідження показало статистично значиму різницю, і при обробці даних, отриманих за результатами дослідження рівня алекситимії за Торонтською шкалою алекситимії – було виявлено, що більше підлітків основної діагностичної групи належать до алекситимічного типу, тобто їх утричі більше, ніж у додатковій діагностичній групі. Проте підлітки додаткової діагностичної групи вже стоять у групі ризику прояву вторинної алекситимії.

Підвищені показники афективної нестійкості, виявлені серед підлітків основної групи, відображають їх емоційну лабільність і збудливість; недостатнє оволодіння емоціями, неврівноваженість в комунікації, схильність до стримування і пригнічення негативних емоцій, виявлені в перехресних діагностичних методиках. Таким чином ми приходимо до висновку, що вторинна алекситимія як механізм захисту проявляється в умовах тривалого

стресу і фрустрації в умовах сімейного виховання, де формуються невідповідні уявлення про себе та близьких, будучи тривалий час в неадаптивній ситуації.

Крім вибірки учнів 15-16 років середньої школи, було здійснено вибірку серед студентів 19-22 роки. Дослідження було проведено у березні-квітні 2023 року. У дослідженні взяли участь 72 студенти Хмельницького національного університету, з них 58 дівчат та 14 юнаків у віці 19-22 років (середній вік – 19,5 років).

Опитування студентів щодо асоціацій до слова Психосоматика (якісний аналіз семантичних полів розуміння слова "психосоматика")

Проведено якісний аналіз семантичних полів розуміння слова "психосоматика". Респондентам було запропоновано знайти не менше 5-7 асоціацій до понять "психосоматика", а потім до кожної асоціації запропонувати характеристику, яка відображає її сутність. Таким чином, були отримані семантичні поля для кожного з понять. І давався зворотний зв'язок.

Пояснення джерел походження власного психосоматичного неблагополуччя супроводжувалося певними утрудненнями, деяким збентеженням. Про переживання негативних почуттів дівчат, як джерела психосоматичних проблем, поділилися 12% (страх, образа, гнів, ненависть, відчуження, смуток, розпач, відчай, розчарування, безвихідь, апатія). Розуміння сутності психосоматики було засноване на уявленнях, асоційованих з хворобами (50% респондентів), болем (26% дівчат та 14% юнаків), а також із психічними розладами: депресії, фобії, панічні атаки, марення, шизофренія (22% дівчат та 14% юнаків). В якості джерела психосоматичного неблагополуччя 6% респондентів підкреслювали неприємний стан напруги, небезпеки, гіркоти, страхів, обумовлені екзаменаційними ситуаціями.



Рисунок 2.3. – Психологічні стани, вказані підлітками, які асоціюються психосоматичним неблагополуччям

Опитувальник «Самооцінка психосоматичного здоров'я»

Діагностика рівня здоров'я проводилася за допомогою опитувальника «Опитування самооцінки психосоматичного здоров'я» – опитувань оцінки досліджуваними рівнями власного психосоматичного здоров'я. В її основі викладено твердження про те, що між суб'єктивною оцінкою і поруч з об'єктивними показниками стану організму існує достовірна залежність. Анкета включає в себе 28 пунктів-питань, на 27 з яких передбачені відповіді «так» або «ні». Останнє питання пропонує оцінити своє здоров'я як «хороше» або «погане».

Опитувальник FPI

Також було проведено діагностику емоційної лабільності опитуваних; воно проводилося за допомогою використання модифікованої форми – опитувальник FPI, який містить 12 шкал: шкали емоційної лабільності та відкритості, в опитувальник увійшло 114 питань.

Шкала «Емоційна лабільність» демонструє характеристику стійкості емоційного стану. Високі показники є свідченням рівня нестійкого емоційного стану, який проявляється в частих коливаннях настрою, підвищеної збудливості, частоті подразливості, а також низької саморегуляції. Низькі показники шкали оцінки, з іншого боку, можуть свідчити не тільки про високу емоційну стабільність, але і про хороші уміння володіти собою.

Шкала «Відкритість» характеризує ставлення до соціального середовища, а також рівень самокритичності. Високі показники свідчать про прагнення до довірливих взаємовідносин з оточуючими людьми при наявності високого рівня самокритичності.

Всього було опитано ті ж 72 студенти Хмельницького національного університету (14 – юнаків і 58 дівчат).

У процесі дослідження всі учасники експерименту заповнювали модифіковану форму, опитувальник FPI та опитування самооцінки психосоматичного здоров'я. З анкет не враховано 5 анкет респондентів, які показали низьку оцінку за шкалою відкритості модифікованої форми в опитуванні FPI.

Отримані дані були оброблені таким чином:

- показники агресивності були розбиті на бали 1–3 бали, 4–6 бали і 7–9 балів;
- показники самооцінки психосоматичного здоров'я були розбиті на інтервали 6 і менше балів, 7 і більше балів;
- для кожного пересічення інтервалів підраховувалося кількість опитуваних які потрапили в нього, і проводився порівняльний аналіз.

Було виявлено, що відношення до моральних орієнтацій (загальнолюдських цінностей) у студентів виявилось на досить високому рівні і склало $4,40 \pm 0,09$ бали.

Результати дослідження та їх обговорення

У таблиці наведено результати щодо розподілу самооцінок психосоматичного здоров'я за інтервалами емоційної лабільності та за

інтервалами самооцінки психосоматичного здоров'я, у дужках – відсоток респондентів від загальної кількості опитаних, які потрапили на інтервал емоційної лабільності.

Таблиця 2.3 – Розподіл опитаних за інтервалами показників емоційної лабільності та самооцінки психосоматичного здоров'я

Інтервали показників самооцінки психосоматичного здоров'я	Інтервал показників емоційної лабільності, бали		
	1–3 б.	4–6 б.	7–9 б.
Кількість опитаних, які потрапили до інтервалу 7 і більше балів	12%	41%	63%
Кількість тих, що потрапили в інтервал 6 і менше балів	88%	9,3%	37%



Рисунок 2.4. - Діаграма кореляції самооцінки психосоматичного здоров'я та емоційної лабільності

З таблиці випливає, що переважна більшість опитаних із самооцінками психосоматичного здоров'я 6 і менше балів (88%) посідає інтервал із

заниженими показниками емоційної лабільності (1–3 бали). На цей самий інтервал припадає найменший відсоток опитаних, які мають самооцінки психосоматичного здоров'я 7 і більше балів.

Найбільший відсоток респондентів із самооцінками психосоматичного здоров'я 7 і більше балів (63%) належить до інтервалу емоційної лабільності з високими показниками (7–9 балів). На інтервал емоційної лабільності з високим рівнем припадає найменший відсоток опитаних, які мають самооцінки психосоматичного здоров'я 6 та менше балів (37%).

Результати проведеного дослідження можуть бути обумовлені кореляцією між високими показниками емоційної лабільності та нестійкості емоційного стану, а також підвищеному рівні збуджуваності та дратівливості – факторах, що безпосередньо впливають на здоров'я індивіда.

Проведене дослідження дозволило зробити такі висновки: необхідно розробляти методики, за допомогою яких можливе проведення коригування особистісних рис, що супроводжують прояву агресивної поведінки, зокрема емоційної лабільності, та надалі застосовувати їх у навчальному процесі; така практика дозволить підняти на сприятливий рівень психосоматичне здоров'я студентів.

2.3 Обґрунтування шляхів психологічної роботи із психосоматичним здоров'ям підлітків та молоді із подавленими забороненими емоціями

Шляхи психологічної роботи із психосоматичним здоров'ям підлітків та молоді із подавленими забороненими емоціями бачаться наступним чином:

1. Проведення профілактичних заходів щодо покращення психосоматичного здоров'я, що інформування молоді про наявність такої проблеми у їхній психіці, причини її виникнення, чинники, що провокують почву та наслідки її впливу на суспільство.

2. Проведення тренінгових занять для психологів, медиків та батьків. Задля того, щоб розвивати навички комунікації у сімейному вихованні та під час консультивання зазначеної у дослідженні категорії молоді та підлітків.

3. Проведення тренінгових програм для підлітків та молоді щодо розвитку навичок саморегуляції, зменшення тривожності та стресу, розпізнавання та саморегулювання емоцій, спілкування з батьками, навчання вираження потреб та емоцій екологічним чином тощо

4. Консультативна психотерапевтична робота із підлітками та молоддю стосовно психологічних станів та психосоматичного здоров'я.

Наведемо у даному пункті дослідження *особливості консультативної роботи із даною категорією підлітків та молоді.*

Особливостями звернення до психолога чи медика психосоматичних пацієнтів є те, що залежно віку діти, підлітки, юнаки по-різному описують своє захворювання. Опис хвороби підлітками відрізняється використанням характеристик емоційного стану (поганий настрій, сумно). А діти, внаслідок того, що самосвідомість повністю не сформувалося, не мають диференційованої свідомості хвороби, оскільки у молодшому віці ще не сформовано "почуття хвороби" - і скарги дитини, як правило, мізерні і невизначені, тому невротичні та психогенні реакції на хворобу зустрічаються рідко. Ставлення до захворювання у дітей та підлітків негативне. Тому потрібно з особливою обережністю підходити до питання лікування та профілактики захворювань.

Коли можна дізнатися, чи це медична проблема чи психосоматична проблема?

Хоча єдиний початковий спосіб справді визначити, чи проблеми підлітка є медичними чи психосоматичними, — це відвідати педіатра. І продіагностувати за такими критеріями симптому, на які вказує підліток:

Це вказуються такі симптоми (за дослідженнями Мічиганського університету):

1. Розпливчастий

2. Різної інтенсивності
3. Непослідовний

Крім того, ці підлітки:

1. Скаржаться на кілька симптомів одночасно
2. Здається, був у доброму здоров'ї до того, як виникла проблема
3. Зазвичай затримують або відкладають звернення за медичною допомогою
4. Ні батьки, ні підлітки - не турбуються про симптоми, бо ніколи не звертають увагу на свою дитину достатньо.

Якщо батьки ще не відвели свого підлітка до лікаря первинної ланки чи педіатра, варто зробити цей перший крок. Лікар повинен провести повне обстеження та перевірити, чи є справжня медична проблема. Якщо вони нічого не знайдуть, тоді наступний крок: відведення підлітка до спеціаліста з психічного здоров'я для обстеження, бажано клінічного, щоб визначити, чи є альтернативна причина його симптомів.

Рекомендації щодо особливостей надання різних видів психологічної допомоги підліткам із порушенням психосоматичного здоров'я:

В розробці підходів до психологічної допомоги підліткам з психосоматичними розладами на теперішній час все більше значення набуває міждисциплінарна взаємодія спеціалістів. Враховуючи велику значимість в розвитку цієї групи розладів психологічних факторів, багато авторів рекомендують опиратися при наданні допомоги не лише на медикаментозні засоби, але і на методи сучасної психології і психотерапії. Психологічна допомога при психосоматичних розладах базується на використанні психотерапевтичних методів і підходів. Психотерапія це лікування, але психіки, а через психіку на весь організм за допомогою психологічних засобів.

В теперішній час існує велика кількість підходів до надання допомоги психосоматичним пацієнтам. А.Б.Холмогорова (Холмогорова, 2000), Н.Г. Гаранян (Холмогорова, Гарянян, 2000) [38; 39] визначають наступні мішені психотерапевтичної роботи з психосоматичними клієнтами: порушення

усвідомлення і психологічної переробки емоцій; тілесні сенсації і їх взаємозв'язок з емоційними переживаннями; травматичний минулий досвід; контакти з іншими людьми; сімейні дисфункції.

Х.Ремшмідт [за 18] пропонує використати для психологічної допомоги дітям та підліткам з психосоматичними розладами поведінкову терапію, методики релаксації і аутогенного тренування, глибинно-психологічну чи конфлікт-центровану терапію для розв'язання найбільш актуальних конфліктів, раціональну психотерапію, сугестивну психотерапію, арт-терапію, гештальт-терапію, катативно-імагінативну психотерапію (символдраму), тілесно-орієнтовану терапію, проблемно-центровану сімейну терапію, методи групової терапії для подолання соціальної ізоляції підлітків і розвитку стратегії подолання труднощів. Найкраще використовувати інтегративний підхід з 2-3 методів психотерапії. Важливим елементом надання психологічної допомоги є сімейна психотерапія [18], спрямована на корекцію стилю виховання і сімейних взаємостосунків.

Раціональна психотерапія, приміром, дозволяє скоректувати спотворене і протирічне розуміння пацієнтом свого захворювання, яке створило додаткове джерело для переживань.

Під час сугестивної терапії проводиться навчання підлітків прийомам саморегуляції, аутогенного тренування, що дозволяє в більш короткі строки прибрати тривожно-депресивні прояви, порушення сну, емоційні лабільність.

Арт-терапія – один з найбільш продуктивних методів в роботі з підлітками з психосоматикою, оскільки вона створює умови для вільного вираження почуттів з використанням засобів художньої творчості за рахунок проєкції і відображення в малюнку страхів, «смутих» тілесних відчуттів, хвороботворних симптомів. Арт-терапія дозволила пацієнтам в символічній формі реалізувати свої бажання і почуття. В процесі малювання підліток мав можливість усвідомити внутрішні протиріччя і перебудувати їх в просторі листка, вербалізувати, програти в малюнку нові моделі стосунків. А також після цього корисно проговорити промальований і ориманий досвід пацієнтом.

Кататимно-імагінативна терапія (символ-драма) засновується на усвідомленні підлітками емоційних переживань, які лежать в основі психосоматичного розладу, а також на аналізі глибинних конфліктів особистості. Основу методу катативно-імагінативної терапії складає вільне фантазування в формі образів, «картин» на задану психотерапевтом тему (мотив), тривалість візуалізації образу складає 20-30 хв, і тоді відбувається аналіз отриманого матеріалу.

Застосування гештальт-терапії сприяє гармонізації стосунків підлітка з оточуючим світом за рахунок покращеного розуміння ним своїх почуттів, внутрішніх протиріч, мотивів прийняття рішень. Гештальт-піхид дає можливість пропрацювання найбільш актуальних для пацієнта проблемних ситуацій, допомагає глибокому усвідомленню внутрішніх конфліктів і їх розв'язку, що приводить до більш повного осмислення підлітком ситуації свого захворювання в цілому.

Сімейна терапія спрямовується на досягнення розуміння батьками хворобливих проявів у підлітка, батьківської ролі у виникненні розладів та їх корекції. Важливим елементом роботи є психологічне консультування батьків.

Групова терапія проводиться в малих групах 8-12 осіб тривалістю терапії від 10-12 до 50 сеансів.

Л.П. Маринчева, М.В. Злоказова, А.Г. Соловйов [за 18] пропонують комплексний клініко-психотерапевтичний підхід до надання допомоги психосоматичним клієнтам, з послідовності наступних етапів:

1 етап – медикаментозна терапія з метою зменшення соматичних скарг;

2 етап – психофармакотерапія для зменшення емоційних порушень, які впливають на соматичну симптоматику:

3 етап – активне використання індивідуальної і групової психотерапії (арт-терапія, гештальт-терапія, тілесно-орієнтована терапія) для зниження проявів тривожності, депресії, алекситимії, подолання дезадаптації, а також застосування сімейної психотерапії для корекції дизгармонії в сімейних стосунках.

Якщо фахівець з психічного здоров'я виявить, що підліток справді страждає від емоційного стресу, наступним кроком буде лікування психічного здоров'я. Тип лікування залежить від особистих обставин підлітка. Якщо підліток страждає від клінічної депресії, тривоги, травми (ПТСР), межового розладу особистості, зловживання психоактивними речовинами, залежності, obsесивно-компульсивного розладу (ОКР), продромального психозу або будь-якого іншого типу психічного стану, йому знадобиться певна форма терапії: бесідами, такою як діалектична поведінкова терапія або когнітивно-поведінкова терапія, і, можливо, ліки, якщо необхідно. Також можна розглянути центр лікування психічного здоров'я для підлітків, як-от інтенсивна амбулаторна програма (ІОР), програма часткової госпіталізації (РНР) або стаціонарний лікувальний центр (RTC).

Навіть якщо джерело емоційного стресу є менш гострим або не є діагностованим станом психічного здоров'я, КПТ і ДБТ все одно важливі, щоб допомогти вашому підлітку зрозуміти та вирішити те, що відбувається. Наприклад, у підлітка можуть бути проблеми з друзями, залякування, кіберзалякування, проблеми зі школою, навчання, взаємозалежність або інші проблеми. Якщо ви, як батько, маєте проблеми з психічним здоров'ям, також варто подумати про лікування.

Коли справа доходить до психосоматичних захворювань, багато підлітків виявляють, що їхній фізичний біль зникає після того, як вони дізнаються, що джерелом їхнього болю є емоційний стрес. У багатьох випадках ці знання допомагають. Фактично, у вищезгаданому Гарвардському дослідженні автори стверджують, що лікування психосоматичних захворювань має починатися з «навчання підлітка та його батьків розумінню взаємозв'язку розуму та тіла».

Психонавчання може надаватися фахівцем із психічного здоров'я під час амбулаторного лікування або під час групової терапії в центрі лікування підлітків. Багато RTC, РНР та ІОР пропонують психоосвіту щодо зв'язку розуму та тіла.

Крім того, батьки можуть навчити свого підлітка зв'язку між розумом і тілом самостійно, неформально. Можна запропонувати своїм підліткам прочитати книги та статті на цю тему або запропонувати їм погуглити «зв'язок розуму та тіла» або «психосоматична хвороба». Деякі релаксаційні вправи як тренінг – наведені в додатку (Додаток F). Проте професійне лікування психічного здоров'я має важливе значення, щоб підліток міг виявити корінь своїх емоційних проблем і впоратися з ними здоровим способом.

Особливості психологічної консультативної чи психотерапевтичної роботи з підлітком чи молодою людиною, яка має психосоматичні симптоми внаслідок сімейного виховання: першим кроком є встановлення довіри. Вирішення психосоматичних проблем починається при першій розмові. Психотерапевт повинен встановити довірчі відносини щоб переконати дитину та її сім'ю що він розуміє реальність симптомів як і те, що вони викликають занепокоєння дискомфорт та незручності. Психотерапевт повинен також висловити стурбованість добробутом підлітка чи молодої людини взагалі, включаючи її соціальну активність. Становлення довіри вимагає надання відповідного часу підлітку чи його батькам висловитися і за наступних візитів.

Коли психотерапевт чи консультант, який працює з психосоматичними розладами, висловив щире стурбованість, він повинен зробити чітке твердження про неорганічну природу психосоматичного симптому та дати чіткі рекомендації для дії. Для сімей, які відмовляються визнати відсутність органічних причин, іноді корисно пояснити, що хоча в даний час неможливо знайти органічні причини, але наявні симптоми можуть бути залишковими або ранніми проявами стану, що знаходиться в процесі лікування. Процеси відновлення виставляють великі вимоги до організму. Має бути визначено та узгоджено план лікування. Навіть після досягнення згоди у деяких батьків виникає питання «що, якщо з'явиться який-небудь новий симптом або наявний симптом не поліпшиться?». Вони повинні бути переконані в тому, що будь-який новий симптом або прояв, що вказує на органічне захворювання, буде ретельно вивчений.

Зняття симптому або його зниження ймовірно мають найбільше значення для підлітків з хронічною або рецидивною хворобою.

Повернення до школи, коледжу, університету та до діяльності. Пропускання уроків – часте явище в дітей чи підлітків із психосоматичними скаргами. Нездатність повернення до школи може призвести до зростаючого почуття безпорадності та збереження назавжди ролі хворого. Якщо пропущена школа, то повернення до класу та іншої діяльності має бути заплановане так швидко, як це тільки буде можливо; проте діти та їхні батьки можуть опиратися поверненню до школи, наводячи низку причин. Дитина, юнак – може відчувати страх перед поверненням, оскільки має академічне відставання від навчальної програми. Деякі також бояться повернення в групу однолітків та пояснення їх відсутності друзям. Корисне поступове повернення до навчання. Перебування в школі частину дня – було б хорошим стартом, який дозволяв дитині поступове входження до академічного, фізикального та соціального середовища школи. Академічні труднощі, включаючи нездатність навчання повинні бути, оцінені у дітей, які зазнають тривалих труднощів при поганих оцінках. Психонавчальне тестування психологом може допомогти віддиференціювати низьку успішність, пов'язану з невідвідуванням школи, і таку, пов'язану з нездатністю до навчання.

Нерідко підлітки із соматичними скаргами просять звільнення від фізкультури. Так це може бути корисно для деяких з точки зору зниження на час їхньої фізичної активності, то присутність на уроках фізкультури слід заохочувати з метою подальшого повернення до повного навантаження.

Слід підтримувати контакт зі школою з метою координації зусиль щодо повернення дитини до класу та обговорення можливості інструкцій, що стосуються дому.

Якщо тільки в батьків збережеться бажання придивитись, відчутти світ підлітка, якщо вони зможуть, так би мовити, подивитися на сім'ю його очима, то вони знайдуть спосіб, як стати ближчим до підлітка, як допомогти краще розібратися в собі та в тому, що відбувається навколо нього та уникнути появи захворювань.

Симптоматика порушень різноманітна – вона залежить як від зовнішніх причин, так і від особливостей розвитку особистості. Кожен із негативних факторів накладає свою специфічність, забезпечуючи багатогранність страждання. До того ж певне значення має тривалість порушень: чи це новий випадок з початком, що раптово виник, чи хронічні переживання з анамнезом більше трьох місяців.

Розроблена під егідою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) багатоосьова система діагностики психічних хвороб дитячого та підліткового віку передбачає розгляд п'яти напрямків, таких як:

Клінічний психіатричний синдром.

Відставання у поведінковому розвитку.

Рівень інтелекту.

Органічна патологія.

Аномальні психосоціальні умови.

Спілкуючись з пацієнтом – підлітком, спеціаліст-психолог, психотерапевт зобов'язаний вже за його зовнішністю та рухами тіла, без діалогу, зробити певні висновки, диференціювати походження симптому. Далі, з урахуванням вікового періоду, аналізуються фізичний розвиток, когнітивний рівень та емоційні реакції, особливості поведінки. Окремо виділяють захисні механізми та афекти, елементи страху, агресії, депресії.

Пріоритетом є особливості комунікації. Крім негативу слід досліджувати і позитив – позитивні риси підлітка та її так звані ресурси, тобто ті елементи життя, де він відчувається впевненим, сильним, які приносять йому радість.

Діагностика страждань у дітей та підлітків буває скрутною, адже в незрілому віці складно визначити: та чи інша поведінка – це прояв психічного захворювання або варіант кризового розвитку, який може з часом повністю компенсуватися. Додають проблем також явища патоморфозу та коморбідності, що спостерігаються в останні десятиліття. Щоб уникнути помилки (та не втрапити на територію психіатра) у поведінці підопічного завжди варто шукати сліди органічної психічної патології, зокрема аутизму.

Порушення психіки у дітей та підлітків обумовлені поєднанням внутрішніх та зовнішніх проблем. Головна із внутрішніх проблем – нестійкість особистості до подолання виставлених життям перешкод. Найчастіше вона обмежена певними рамками, інакше кажучи, співвідноситься з локальними труднощами. І тут звернемося до зовнішніх причин дитячих та підліткових проблем. Варто виділити чотири основні групи, кожна з яких розглянемо далі.

сімейні негаразди та негативний вплив близького оточення;

негативний психологічний вплив соціуму;

психологічна та фізична залежність;

збочене фокусування на внутрішньому світі, що супроводжується невірним світосприйняттям та поведінкою.

Щодо значення психотерапії в лікуванні психосоматичного розладу у підлітків, то дослідники вказують на позитивну динаміку щодо покращення психосоматичного здоров'я після психотерапії. Досягнення значного терапевтичного ефекту протягом 1-2 тижнів підкреслює провідну роль депресії у патогенезі різних психосоматичних розладів у підлітків. Внаслідок патогенетично спрямованої терапії у більшості хворих позитивна динаміка відзначалася вже на першому тижні лікування. На тлі покращення настрою у хворих зменшувалися болі, свербіж шкіри, вирівнювався рівень цукру крові, рідшали тіки, гіперкінези, зростала рухова активність і ставала стійкішою хода. На другому тижні терапії і пізніше частина хворих відзначала повне купірування, а в інших — значне зменшення соматичних, неврологічних і депресивних розладів. Продовження лікування амбулаторно протягом 2-3 місяців дозволяло досягти більш вираженого терапевтичного ефекту.

З препубертатного індивідуальну раціональну психотерапію застосовували в повному обсязі, що дозволяло розкрити механізм формування психосоматичних розладів та відрегулювати ступінь реагування на зовнішні подразники. Ефективність терапії оцінювалася як у соматичному (з урахуванням динаміки психосоматичних порушень в інших органах та

системах), так і в психіатричному (редукція афективної та іншої психопатологічної симптоматики) аспектах.

Профілактика психосоматичних розладів у дітей та підлітків має проводитися з урахуванням усіх основних факторів патогенезу. Найбільш значущим фактором є афективні — депресивні порушення, тоді як біологічні (генетичні та церебрально-органічні) та психосоціальні виступають як фактори ризику (умови), що сприяють виникненню афективних розладів, так і їх соматизації за рахунок порушення функцій органів і систем.

Сімейне виховання. Проблеми через сімейні негаразди та негативний вплив близького оточення – найбільш різноманітна група. Серед причин – сварки між батьками, розлучення та виховання підлітка лише одним із них, наявність антипатичного молодшого/старшого брата чи сестри, надлишковий контроль та насильство з боку дорослих або, навпаки, відсутність належного виховання (все дозволено). Поведінка пацієнта, особливо ще незрілого, найчастіше варто розглядати при зверненні, - як наслідок дисфункції всередині сім'ї, встановлених у ній порядків та взаємодії між її членами. Тематику зміни особливостей сімейного виховання дане дослідження не розкриває, пропонується звернення до інших психолого-педагогічних досліджень на тему виховних впливів.

Приклади консультативної роботи молоді із психосоматичними симптомами та проблемами у сімейному вихованні у дитячому та підлітковому віці (кореляція типів сімейного виховання, типів поведінки дітей та психосоматичних розладів дітей)

Після аналізу підліткової психосоматики пропонується аналіз психосоматики досліджуваних молодих людей, у яких виділено особливості їхнього формування у сім'ї, де їм доводилося в дитинстві витісняти чи подавляти свої емоції.

Таблиця 2.4. Приклади консультативної роботи з клієнтами

Клієнт	Психосоматичні симптоми	Сімейне виховання
А., 20 років	Болі в серці, напруження в плечах, проблеми з шлунком та перетравлюванням їжі, панічні атаки	Батьки: гіперконтроль, вказівка, повчання, відкидання/кл. ховала образу, пристосовувалася до вказівок, ховалася від знецінення
М, 21 рік	Погіршення зору, гайморит, кісти в мозку	Батьки: відкидання, нестача уваги та цінності, байдужість/ кл. витіснив сум та відчуття нестачі любові, небажаний, негідний любові, розчарований
В., 22 роки	Біль у грудному відділі хребта та шиї	Критика, претензії, накази, ламання волі/кл: ізоляція, пригніченість, страх публічно проявлятися
Ан., 21 рік	Алергія, нежить	Батьки пригнічені і в жертві та тихій злості/ Кл: радує батьків, витіснені сум і злість
А. 22 роки	Болі у спині та серці	Батьки: Не висувайся, не проявляйся, будь релігійною та правильною/ Кл: витіснена злість і любов
К., 33 роки Ол., 21 рік	Алергія, шлунково-кишковий тракт	Батьки: гіперопіка, коли вона чи він хворі ("Не будь здоровою і ти назавжди будеш моєю" (мама) / Кл: витіснена злість, відстоювання себе

Клієнтка А., 20 років, звернулася зі скаргою – позбутися напруги, внутрішнього гіперконтролю, вигоряння, які супроводжувалися болями в серці, напруженням в плечах, проблемах з шлунком та перетравлюванням їжі та панічними атаками. Бажаний запит був: відчувати себе легкою, спокійною, вільною, захищеною. Емоційний стан у стресі визначалося, як поранена, виключена. Клієнтці хотілося втекти від вказівок, повчань мами, бабусі та дядька – про те, як жити і чинити, і вона вже перебувала в стані – конформіст, пристосувавшись до вказівок старших, ховаючи всередині образу, не показуючи почуттів. В результаті консультації Клієнтка А. прийшла до бажання бути відстоюючою, включеною в свої інтереси, залученою, відчувати себе захищеною, потрібною собі, у безпеці, з міцним кордонами, де пріоритетними позитивними загальними темами були: бажання прислухатися до себе, робити, що хочу, робити те, де я є собою (розваги, спілкування з творчими людьми). Спочатку у Клієнтки А. був стан – збентежена, невідтримувана. Клієнтка виявила те, що вона підлаштовується під людей, і

якщо від людей є знецінення – краще сховатися. Психосоматичним симптомом були прищі. Боїться, якщо звертатимуть увагу на те, що вона може бути розслабленою та яскравою, індивідуальною, то її можуть відкидати та знецінювати, обговорювати, є ризик втратити старих друзів. Виявила не готовність взяти користь від консультацій – через почуття роздратованості, відчувала себе в житті розчарованою, що відчуває недостатньо любові, повторюваний стан. Розмови про дитинство розкрили тему сварок мами з татом, погану успішність та закиди через це від батьків. "А якщо я буду добре вчитися, все добре робити, буду активна (те, що теж вимагалось від батька маминими родичами), то мене не "діставатимуть" і я відчуватиму приналежність сім'ї". Після психологічних інтервенцій на цій зустрічі був вихід на позитив: "Я відповідаю за себе, сама собі господиня, сміливо дію, в рівновазі, немає рамок, все найкраще можливо, мій потенціал притягує найкращих позитивних людей, хочеться повернути дорослим їхню дорослу відповідальність за досягнення та побути у дитинстві дитиною". На третій зустрічі клієнтка розізолювала злість, жаль про те, що її покинули в ранньому дитинстві батько та потім друг, хоча вона класна, і про те, що їй доводилося відмовитися від себе, щоб її любили. На четвертій зустрічі проговорили емоційний стан виключеної, пораненої, який заважав бути сильним переконанням: "я розумію своє тіло і налаштована на те, що воно мені каже". Клієнтка пов'язала, що тато відчував себе виключеним, пораненим, оскільки і його дідусь був сиротою і ставав конформістом, щоб відчувати прийняття, потрібність і любов, і клієнтка дійшла висновку, що потрібна іншим – це важливо, інакше життя не має сенсу і я не маю цінності сама по собі. Відкидання – це біль і приносить втрату бажання жити. Тому всі справжні емоції блокувалися і пригнічувалися через бажання відчувати схвалення та цінність від близьких. Вийшли на позитив: відстоююча, залучена, необхідна, оновлення. На п'ятій зустрічі мотивація була вже високою і було опрацьовано основне бажання по головній темі – бажання бути собою та виявлятися природно у розвагах та творчості. Знайшли емоції, які заважають реалізації

цього позитивного стану – песиміст, ту, яку відкинули і втратила надію. Після курсу зустрічей клієнтка прийшла до усвідомлення нової поведінки: «не ховатися від людей, ніхто не оцінює, мені не потрібно захищатися, я довіряю світові, він притягує до мене людей, які є самі собою, які цінують мою справжність, мої ідеї, і хочу дозволяти собі працювати креативно».

Також були зустрічі на запити про те, як упоратися з тим, що я хочу і що від мене хочуть, зі злістю на те, що вона не може бути незалежною, на вказівки дядька і на те, що має право і хоче жити, так як хоче. Так само виявлявся страх на те, що якщо почне жити своє життя, розслабиться – на неї нападуть. І тоді буде вияв злості, що від незвички лякало клієнтку. Стрес був високий на цю тему. Так само зробили облік ситуацій, в яких клієнтку знецінювали і їх було багато (знецінювання бажань та знецінення бажання розслаблення клієнтки від родичів, постійне доведення своєї цінності родичам та хлопцю, знецінення бабусяю почуттів клієнтки, знецінення поглядів на життя дядьків, доказ своєї цінності і т.д.)

За допомогою застосування техніки позитум-підходу з позитивної психотерапії клієнтка дійшла висновку, що ці ситуації вчать її спиратися на себе, розслаблятися та бути самоцінною. Ситуація у школі показала, що вчителька недостатньо оцінила клієнтку. Розмови про майбутнє виявили бажання мати вільний графік, займатися більше не здобутками, а творчим підходом до роботи, де є особистий інтерес клієнтки, а не інтереси родичів. Так само домашнє завдання в терапії – було про те, як розслаблятися на гойдалках, батутах, гуляти, дивитися серіали – говорять про те, що клієнтка повинна додати в життя спонтанність і відпустити контроль, який дуже тяжив від батьків. Клієнтка виконала спонтанну розвагу і кілька днів гуляла і дозволяла собі весело проводити час із другом у спонтанній поїздці. Як висновок, клієнтка прийняла рішення не боятися проявлятися, і того, що її побачать такою, якою вона є, не намагатиметься навести мамі як аргумент думку інших людей на підтвердження своїх невпевнених дій. Взяли в роботу запит: я вірна своїм ідеалам та цілям, сформулювала послання до себе: "ти сама обираєш, як

тобі жити, це твоє життя". Як бачимо, клієнтка проходить етап сепарації від мами, бабусі, дядька – після періоду залежності від них (оскільки мама вважала, що дочка народжена для неї, і так само вважала бабусю), клієнтці довелося починати розуміти свої почуття та бажання, відстоювати свої межі, клієнтка пройшла через етап виходу агресії, сумнівів – до розуміння, що настав час відчувати і дозволити собі – який свій особистий істинний шлях самореалізації. На даний момент кар'єра у високих досягненнях переосмислена, через велике вигорання та проблеми із серцем і клієнтка планує кроки творчішої роботи у тій же сфері, що й працювала. Також чіткіше описує свої кордони.

Опис роботи з клієнтом №2 – Клієнт М., 21 рік. Загалом клієнт – на тривале опрацювання, намагається іноді з'являтися на зв'язку: працювали 6 психологічних зустрічей. Клієнт вихований бабусяю з дідусем, мама поїхала, коли йому було 8-9 років, тато пішов, коли було 4 роки і контактів не було, також клієнтом перенесено онко-захворювання та операція на головному мозку. Скарги на апатію, закритість, обрив контактів з усіма від образи, що не дають уваги та цінності. Страх заперечення. Серед заблокованих емоцій: сум. Зовні виглядав як хлопець, який бадьорий і намагається радувати інших. На першій зустрічі було винесено запит: впевненість зсередини, де заважали почуття: негідний любові, розчарований, роздратований і дійшли до бажання клієнта бути у сім'ї разом: "щаслива сім'я". На другій зустрічі працювали зі страхом відкидання, нестачі уваги, байдужість, оск. бабусю, яка виховує – має холодний, стриманий характер. Знайшли емоції: песиміст, який втратив надію, мене відкидають і проговорили позитив із твердженням: "Я сонце". У третій зустрічі працювали із запитом: "бути хорошим для себе" (скарга на апатію та небажання щось робити для себе, самозвинувачення, що не зробив краще), клієнт М. себе відчував збентеженим непідтримуваним, некомпетентним. Також з небажанням взяти користь від роботи – працювали зі станом – небажаний та покинутий, розчарований, та взяли домашнє завдання Щоденник подяки собі. Клієнт був гіперопікаємим, у зв'язку з цим у четвертій зустрічі з'ясували про те, що в школі на урок він приніс виріб, який за нього зробила мама і тоді він відчув, що за

нього роблять і приймають рішення і в прагненнях немає особистого його внеску, а є заохочення бабусі, дідуся та мами. Працювали зі станом непочутий ("коли моя особиста робота та внесок знецінюються, я почуваюся непочутим, "ти говориш про свої почуття, а вони тебе не чують", "замість того, щоб пояснити, вони роблять за мене, я тоді перестаю робити і потім виникає відчуття безглуздя існування та почуття сорому, що нічого не роблю"). Вийшли на позитив у стан: здатний, центрований, готовий ризикнути, клієнт звернув увагу такі послання до себе: "ти поважаєш себе, тебе дійсно чують, і беруть до уваги", "тобі більше не потрібний зовнішній захист, ти спокійно можеш керувати своєю поведінкою, тому тобі не треба, щоб приходили інші тебе рятувати та захищати. Ти обіймаєшся в єдності з життям, почуваючись спокійним і безтурботним". Також клієнт прийшов зі скаргою – залежність від думки інших, образа, коли не прислухаються, гіперсерйозність і тривожність з приводу зовнішності. Образа на батьків, що відмовилися в принципі, на дідуся за постійні зразки у вихованні. Пріоритетна позитивна тема: "Я вільно самовисловлююся", без почуття провини чи сорому за те, що раптом я виглядаю несерйозно, безвідповідально, безглуздо, убого, безвідповідально перед суспільством, дідусем, бабусею, викладачами і, щоб бути прийнятим, вдаю і роблю і роблю людей подання. Причому дурні люди драгували клієнта. Проговорили вплив виховання бабусі, що ґрунтується на ідеалах зі старих книг про героїчне минуле, якими заставлено всю квартиру. Домашні завдання: розмови з бабусею та дідусем на тему: "чому я маю бути таким, як ви хочете", плавання, сон, очищення простору (винести старі бабусині книги з ідеальними літературними героями з кімнати), йога зарядка, плавання, танці біг, вокал. Клієнт вийшов на позитив з такими посланнями до себе: життестійкий, життєрадісний, нікому нічого не винен, впевнений, сміливо діючий, людина з відкритим ротом. Бажання в житті: йти за своїм серцем (не блокую його, як раніше, щоб не відчувати біль), хочу об'єднатися з тілом, щоб відчувати його, бути сам собі значущим, вірити в себе, йти за собою, навчитися давати собі увагу та самоцінність без підтвердження іншими, особливо такими значущими

дорослими, як мама та бабуся. Метафора: "мій корабель вплив із бурі, з бермудського трикутника в спокійний океан, там чайки, плисти допомагає компас, спокійно, умиростворено". У житті клієнта настали великі зміни, в яких він почав виступати вільно на сцені, займатися вокалом, більше спілкуватися з однодумцями, з мамою настало менше образ, перестав в образі та апатії всіх блокувати у соцмережах.

Опис роботи з клієнтом №3. – Клієнт В., 22 роки, звернувся за допомогою зі скаргою на закритість від людей, нерозумінням своїх бажань, терпінням у стисненні потреб, страхом змін у житті та страхом засудження, страхом вільно гуляти з друзями. Клієнт В. трансформував скаргу в позитивні запити на опрацювання та пріоритетною стала позитивна тема: "Я легко природно "тусуюся" (слово було йому неприємно, але він вирішив помістити його в тему, щоб прийняти його. На першій попередній зустрічі ми знімали стрес на дотики і тілесний блок у публічних ситуаціях у темі "Я спокійно, вільно проявляю себе природно", працювали зі станом: зазнавав тиску, запеклий, пригнічений, і вийшли на позитив, готовність ризикнути, звільнитися від хвилювання та страху та нормальну реакцію на дотик, ми проробляли стан – роздратований, розчарований, негідний любові та пріоритетну причину само-саботажу: страх публічно виявлятися. Кл. усвідомив, що жертвує самореалізацією та саморозвитком. Психоматика клієнта – біль у грудному відділі хребта та шиї, звернення до лікаря. У житті хлопець живе з сім'єю, в якій батько постійно піддає критиці, претензіям, наказам та гордовитому відношенню, за словами клієнта. Результатом зустрічей стало рішуче бажання клієнта – не боятися, не уникати, не жертвувати, не боятися наслідків, не боятися відчувати задоволення... а просто жити) та позитивне твердження про те, що "я не боюся сміливо та впевнено проявляти себе". На другій зустрічі, – ми працювали зі страхом: «якщо на мене звернуть увагу, значить у мені однозначно щось не так і є що критикувати. І це є виправданням, що я жертва», опрацьовували емоції: відкинутий (сам себе), який втратив надію, песиміст ("немає драйву йти з друзями, бо якщо візьму відповідальність – щось для

друзів організувати, то може піти щось не так, і це – "моя смерть"). Говорили про стандарти від інших. Працювали з ситуацією: клієнтовий, татовий і дідусь стан –зламаний, скривджений, - тато так себе відчував у юності, коли дід (батько тата) змушував робити систематично принизливу перед людьми роботу (наприклад, збирати пляшки), хоча родина діда була забезпеченою. Вийшли на позитив: краще подумати, ніж кидатися в дурну діяльність за стандартами від інших людей, не треба одягати маску жертви, хочу виявляти та використовувати свої таланти, а не збирати і закопувати, сидячи вдома. Домашнє завдання: написати 8 цілей, клієнт виконав. Результатом інтервенцій стало те, що клієнт уперше присвятив собі велику покупку – поїздку на відпочинок за кордон із друзями.

Клієнт згадав, як він у дитинстві в ситуаціях критики ховався в кімнаті під ковдру, щоб привернути увагу мами і бабусі і вирішив зараз менше використовувати стан жертви, щоб привернути мамину увагу на себе. Позитивна метафора стала: "Я сиджу на хмарочосі та бачу багато цікавого у світі». Позитивне рішення: "можна любити і поважати себе, але не підлаштовуватися, не зраджувати себе". "Перестати дурити людей у тому, що вони насправді бачать капсулу, а не мене сьогодні". На четвертій зустрічі слабкими були думки про себе на теми: Я повністю довіряю своїм почуттям (пріоритет), Я вірю у свою неповторність, Я на 100% хочу змін на краще. Особливим стало те, що мотивація була невеликою. Ми працювали з емоціями: песиміст, який відкидав, втратив надію. Як висловився клієнт, він постійно все найкраще закидав критикою та сумнівами. промовляючи стресову ситуацію ранньому дитинстві, де до нього поставилися безлико, де він відчув свою не унікальність, поклавши до нього у вузьке ліжечко іншу чужу дитину. Вихід на позитив був у такому стані: "я визнаю та ціную себе та інших, зацікавлений у самореалізації, приймаю свої мінуси". "Відчути свою унікальність мені допоможе час із близькою людиною, подорожі, навчання". І клієнт прийняв цікаве рішення – перетворити свою якість на все піддавати критиці на позитивну якість. І застосовувати його в ситуаціях, де потрібно перевірити

якість і використовувати кропіткий аналіз, і так само не просто думати і сумніватися, а пробувати реалізовувати свої сумніви, не боячись і переживаючи, а раптом вони навіть уже не збудуться. Девізом клієнта В. став: "Життя відбувається (є)!". П'ята зустріч виявила головні емоції, які заважають реалізуватися темі "Я вільно природно тусуюся": обтяжений, що не відбувся, заціпенів. Працювали з ситуацією, де дитину засудили за природний прояв себе та змушували силою проходити лікарняні процедури. Працювали зі стресом на те, що чую ззовні. Клієнт взяв пораду про те, що потрібно іноді все ж таки швидше діяти, і не довго розмірковувати та сумніватися.

Усвідомлення клієнта: "економія у собі - отже економія у своїй свободі; немає сенсу постійно поправляти себе, пристосовуватися до всіх - з думкою: чи я хороший для інших, тобто не спиратися у своїй поведінці на почуття інших", "Хочу впевненість, спокій, безтурботність, природність". "Немає сенсу переступати через себе, якщо немає бажання, це не ефективно". Домашнє завдання – гуляти, відпочивати, розслаблятися. - Клієнт виконав його - полетів у теплу країну на відпочинок з друзями без батьків.

Також велася робота ще з іншими клієнтами – 19-22 років на тему заблокованих емоцій в одиночних корекціях. Емоції, які заборонялися з дитинства клієнтам і потім пригнічувалися ними: Клієнт А. 21 рік – Смуток, (батьківське послання "Радуй", клієнт постійно в русі зі створення фестивалів, немає часу зануритися спокійно із собою), витіснений сум, злість; Клієнтка А. 22 роки - Любов, Злість (батьківські послання – "Не висуйся, не проявляйся, будь релігійною та правильною", клієнтка у гіперконтролі та правильності); Клієнтка М. 20 років та інша клієнтка А. 23 роки - Усі негативні почуття ("Будь гарною дівчинкою", клієнтки в позиції рятівника для батька-алкоголіка та в іншому випадку – для матері-алкоголички); Клієнт В. - Радість ("Будь жертвою і ми будемо тебе постійно шкодувати"), Клієнтка К., 33 роки, живе з батьками – Злість, Занепокоєння ("Не будь здоровою і ти назавжди будеш моєю") та інші випадки заборонених та заблокованих емоцій.

Багато підлітків із психосоматичними розладами мають такі симптоми:

1. Розпливчастий
2. Різної інтенсивності
3. Непослідовний

Спілкуючись з пацієнтом – підлітком, спеціаліст-психолог, психотерапевт зобов'язаний вже за його зовнішністю та рухами тіла, без діалогу, зробити певні висновки, диференціювати походження симптому. Далі, з урахуванням вікового періоду, аналізуються фізичний розвиток, когнітивний рівень та емоційні реакції, особливості поведінки. Окремо виділяють захисні механізми та афекти, елементи страху, агресії, депресії.

Пріоритетом є особливості комунікації. Крім негативу слід досліджувати і позитив – позитивні риси підлітка та її так звані ресурси, тобто ті елементи життя, де він відчувається впевненим, сильним, які приносять йому радість.

Коли справа доходить до психосоматичних захворювань, багато підлітків виявляють, що їхній фізичний біль зникає після того, як вони дізнаються, що джерелом їхнього болю є емоційний стрес.

Діагностика підлітків дозволяє побачити тонку, але важливу взаємодію між соматичними та органічними дисфункціями та психологічними, емоційними факторами у всіх випадках.

Висновки до розділу

Практичне дослідження особливостей психосоматики підлітків та молоді із подавленими, придушеними, витісненими, забороненими емоціями у сімейному вихованні дозволило зробити такі висновки:

Здійнено аналіз і оцінку емпіричного дослідження діагностики психосоматичного здоров'я підлітків та молоді із подавленими забороненими емоціями. Для цього: 1) продіагновано 32 учні 10 класів віком 15 – 16 років, з використанням діагностики виявлення ризику появи психосоматичних захворювань - патохарактерологічний діагностичний опитувальник для підлітків – ПДО (Личко А.Є., Іванов Н.Я.); також було проведено роботу з батьками, роботу з учителем (його спостереження щодо кожного). За

результатами обстеження виявлено, що деякі види неправильного виховання можуть впливають на нестійкі риси (надані самі собі), домінуюча гіперпротекція (надмірна опіка не дає право вибору для дитини, та самостійності) посилює саме сенситивні та психастенічні риси. Потураюча гіперпротекція (виховання на кшталт «кумира сім'ї») накладає істероїдні риси. Дитина, вихована на кшталт «кумир сім'ї» виявляє підвищену любов до себе, жагу уваги з боку, потребу у шануванні, захопленні, співчутті із боку оточуючих людей. Згубна дія виховання за умов жорстоких взаємовідносин розвиває епілептоїдні риси, а умовах підвищеної моральної відповідальності – психастенічні риси. Також підлітки через анкетування вказали на те, що емоційний стрес і такі емоції як роздратування, агресія, страх, занепокоєння через стосунки з батьками та стосунки з батьками, які, зокрема, пов'язані з проблемами в школі) впливає на їхнє фізичне здоров'я.

Було виявлено, що більше підлітків основної діагностичної групи належать до алекситимічного типу, тобто їх утричі більше, ніж у додатковій діагностичній групі. Проте підлітки додаткової діагностичної групи вже стоять у групі ризику прояву вторинної алекситимії. досліджено При обробці даних, отриманих за результатами дослідження рівня алекситимії за *Торонтською шкалою алекситимії*. Підвищені показники афективної нестійкості, виявлені серед підлітків ОГ, відображають їх емоційну лабільність і збудливість; недостатнє оволодіння емоціями, невірноваженість в комунікації, схильність до стримування і пригнічення негативних емоцій, виявлені в перехресних діагностичних методиках. Таким чином ми приходимо до висновку, що вторинна алекситимія як механізм захисту проявляється в умовах тривалого стресу і фрустрації в умовах сімейного виховання, де формуються невідповідні уявлення про себе та близьких, будучи тривалий час в неадаптивній ситуації.

2) Досліджено також кореляцією між високими показниками емоційної лабільності та нестійкості емоційного стану, а також підвищеному рівні збуджуваності та дратівливості – факторах, що безпосередньо впливають на

здоров'я індивіда. Для цього досліджено 72 студенти 19-22 роки і проведено якісний аналіз семантичних полів розуміння слова "психосоматика" за допомогою *Опитувальника суб'єктивної оцінки рівнів власного психосоматичного здоров'я*. Про переживання негативних почуттів, як джерела психосоматичних проблем (страх, образа, гнів, ненависть, відчуження, смуток, розпач, відчай, розчарування, безвихідь, апатія) поділилися 12% дівчат. Розуміння сутності психосоматики засноване на уявленнях, асоційованих з хворобами (50% респондентів), болем (26% дівчат та 14% юнаків), а також із психічними розладами: депресії, фобії, панічні атаки, марення, шизофренія (22% дівчат та 14% юнаків). В якості джерела психосоматичного неблагополуччя 6% респондентів підкреслювали неприємний стан напруги, небезпеки, гіркоти, страхів, обумовлені екзаменаційними ситуаціями.

Також було проведено діагностику емоційної лабільності опитуваних; вона проводилася за допомогою використання модифікованої форми – опитувальник *FPI*, який містить 12 шкал: шкали емоційної лабільності та відкритості, в опитувальник увійшло 114 питань. З таблиці випливає, що переважна більшість опитаних із самооцінками психосоматичного здоров'я 6 і менше балів (88%) посідає інтервал із заниженими показниками емоційної лабільності (1–3 бали). На цей самий інтервал припадає найменший відсоток опитаних, які мають самооцінки психосоматичного здоров'я 7 і більше балів. Найбільший відсоток респондентів із самооцінками психосоматичного здоров'я 7 і більше балів (63%) належить до інтервалу емоційної лабільності з високими показниками (7–9 балів). На інтервал емоційної лабільності з високим рівнем припадає найменший відсоток опитаних, які мають самооцінки психосоматичного здоров'я 6 та менше балів (37%). Результати проведеного дослідження можуть бути обумовлені кореляцією між високими показниками емоційної лабільності та нестійкості емоційного стану, а також підвищеному рівні збуджуваності та дратівливості – факторах, що безпосередньо впливають на здоров'я індивіда.

Крім того, були проведені опитування та бесіди, а також консультативна робота, і застосований аналіз фактів придушення справжніх емоцій внаслідок батьківського виховання особами молодого віку та кореляцію з їхніми психосоматичними розладами, результати чого внесено в таблицю.

Багато підлітків, молоді люди виявляють, що їхній фізичний біль зникає після того, як вони дізнаються, що джерелом їхнього болю є емоційний стрес. Лікування психосоматичних захворювань має починатися з «навчання підлітка та його батьків розумінню взаємозв'язку розуму та тіла». Деякі релаксаційні вправи як тренінг – наведені в додатку. Проте професійне лікування психічного здоров'я має важливе значення, щоб підліток міг виявити корінь своїх емоційних проблем і впоратися з ними здоровим способом. Щодо значення психотерапії в лікуванні психосоматичного розладу у підлітків, то дослідники вказують на позитивну динаміку щодо покращення психосоматичного здоров'я після психотерапії. Досягнення значного терапевтичного ефекту протягом 1-2 тижнів підкреслює провідну роль депресії у патогенезі різних психосоматичних розладів у підлітків.

В розробці рекомендацій до психологічної допомоги підліткам з психосоматичними розладами на теперішній час все більше значення набуває міждисциплінарна взаємодія спеціалістів. Визначають наступні мішені психотерапевтичної роботи з психосоматичними клієнтами: порушення усвідомлення і психологічної переробки емоцій; тілесні сенсації і їх взаємозв'язок з емоційними переживаннями; травматичний минулий досвід; контакти з іншими людьми; сімейні дисфункції. Пропонується використати для психологічної допомоги дітям та підліткам з психосоматичними розладами поведінкову терапію, методики релаксації і аутогенного тренування, глибинно-психологічну чи конфлікт-центровану терапію для розв'язання найбільш актуальних конфліктів, раціональну психотерапію, сугестивну психотерапію, арт-терапію, гештальт-терапію, катативно-імагінативну психотерапію (символдраму), тілесно-орієнтовану терапію, проблемно-центровану сімейну терапію, методи групової терапії для подолання соціальної ізоляції підлітків і

розвитку стратегії подолання труднощів. Найкраще використовувати інтегративний підхід з 2-3 методів психотерапії. Важливим елементом надання психологічної допомоги є сімейна психотерапія, спрямована на корекцію стилю виховання і сімейних взаємовідносин для зниження проявів тривожності, депресії, алекситимії, подолання дезадаптації, а також застосування сімейної психотерапії для корекції дисгармонії в сімейних стосунках.

ВИСНОВКИ

Наше дослідження було присвячене розгляду теми психосоматичного здоров'я підлітків та молоді із подавленими забороненими емоціями внаслідок одного із факторів впливу на психіку, але майже найбільш значимого і найбільш поширеного – сімейного виховання.

1. За результатами дослідження здійснено огляд медичної та психологічної літератури, присвяченої психосоматичним захворюванням;

2. На основі вивчених теоретичних даних визначено фактори виникнення та перебігу психосоматичних захворювань;

3. Виявлено психологічні особливості заборони на емоції, їх стримування, подавлення;

4. Визначено особливості впливу сім'ї та деформуючі фактори сімейного виховання на виникнення психосоматичних захворювань ще з дитячого віку;

5. Практично досліджено особливості психосоматичного здоров'я підлітків та молоді із подавленими забороненими емоціями внаслідок сімейного виховання через застосування спеціального діагностичного інструментарію;

6. Шляхом створення рекомендацій запропоновано та обґрунтовано шляхи та інструменти роботи з психосоматичним здоров'ям підлітків та молоді із подавленими забороненими емоціями у сімейному вихованні, що реалізовано в психологічному консультуванні, приклади якого наведені у роботі.

Отже, на основі вивчених даних ми визначили особливості впливу сім'ї ще з дитячого віку – на виникнення та перебіг психосоматичних захворювань підлітків та молодих людей. Відношення батьків до дитини, підлітка – фундамент психосоматичного здоров'я. Хронічний і повторюваний стрес може завдати шкоди фізичному здоров'ю та порушити емоційний добробут. Тривалі стресові реакції тісно пов'язані з великою кількістю психосоматичних захворювань.

Запропоновано методологію діагностики впливу емоційного стану підлітків та молоді внаслідок сімейного виховання – на рівень їхнього психосоматичного здоров'я. Всього було опитано 32 старшокласники 10-их класів віком 15-16 років та 72 студенти віком 19-22 роки. У процесі дослідження всі учасники експерименту заповнювали модифіковану форму, опитувальник FPI, Опитувальник ПДО для підлітків, Торонтську шкалу алекситимії, Опитувальник суб'єктивної оцінки рівнів власного психосоматичного здоров'я, який аналізувався також за допомогою семантичного аналізу, а також в ході бесід та консультативної роботи застосований аналіз свідчень придушення справжніх емоцій внаслідок батьківського виховання особами молодого віку та взаємозв'язок з їхніми психосоматичними розладами.

Уточнено роль подавлених витіснених заблокованих емоцій у формуванні розладів психосоматичного здоров'я підлітків та молоді внаслідок виховних впливів сімейного середовища з дитячого віку.

Сформульовано принципи і особливості комплексної терапії таких підлітків та молодих людей, що включає, поряд із симптоматичним, використання психофармакологічних та психотерапевтичних засобів, а також профілактики психосоматичних розладів на ранніх вікових етапах. Запропоновано деякі підходи в сімейній та раціональній психотерапії, спрямовані на нормалізацію інтерперсональних зв'язків та які мають лікувальний та профілактичний вплив на підлітків з психосоматичними розладами.

Практична цінність виконаної роботи полягає у розширенні уявлення про фактори впливу на погіршення психосоматичного здоров'я підлітків та молоді та зміни психічного стану підлітків та молоді у зв'язку з тим, що у них були заблоковані, витіснені і емоції, - у психокорекційній роботі. Запропоновані нами шляхи та інструменти роботи з психосоматичним здоров'ям підлітків та молоді можуть бути використані батьками, майбутніми батьками, педагогами, психологами, соціальними педагогами.

Можливі перспективи подальшої роботи є пов'язаними з більш поглибленим вивченням психосоматичних захворювань у молоді, профілактики і збереження психосоматичного здоров'я у період становлення фізичних і психологічних сил осіб юнацького віку – на життєві цілі. Важливо проводити більше експериментальних досліджень щодо психосоматичного здоров'я, оскільки це впливає на "психологічне благополуччя" – як якість життя людини, яку вона набуває в процесі життєдіяльності на основі психофізіологічної безпеки функцій. Це далі проявляється у молодій людини у переживанні змістовної наповненості та цінності життя в цілому як засобів досягнення внутрішніх, соціально орієнтованих цілей та є умовою реалізації його потенційних можливостей та здібностей.

На сьогодні тема, на наш погляд, дуже актуальна, представляє чималий теоретичний і практичний інтерес та поле для дослідницької діяльності.

Одержані результати можуть бути використані в процесі викладання навчальних курсів «Психологія підліткового віку», «Вікова психологія», «Психологія особистості», «Основи консультування», «Основи позитивної психотерапії» та ін. Шляхи та інструменти роботи з психосоматичним здоров'ям підлітків та молоді можуть бути використані батьками, майбутніми батьками, педагогами, психологами, соціальними педагогами.

ПЕРЕЛІК ДжЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Антропов Ю.Ф. Психосоматичні розлади у дітей і підлітків. Автореф. Дис. доктора мед н. Джерело доступу: <http://surl.li/olbrv>
2. Антропов Ю.Ф., Бельмер С.В. Соматизація психічних розладів у дитячому віці, 2005.
3. Арина Г.А. Психосоматический симптом как феномен культуры. // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991.
4. Астапов, В. М. Тревожность у детей. – М.: ПЕР СЭ, 2001.
5. Бедлінський О.І. Проблема періодизації підліткового віку в сучасному суспільстві. Практична психологія та соціальна робота. 2011. № 2. С. 49-54.
6. Билецкая, М.П. Семейная психотерапия детей с психосоматическими расстройствами (ЖКТ). С.-П.: Речь, 2010.
7. Бройтигам, В., Кристиан, П., & Рад, фон М. Психосоматическая медицина. М.: Гэотар Медицина, 1999.
8. Варга, А.Я., & Драбкина, Т.С. Системная семейная психотерапия: кратк.лекционный курс. С.-П.: Речь, 2001.
9. Всесвітня організація охорони здоров'я. <https://www.who.int/>. Інтернет-ресурс.
10. Дмитриева Н.Ю. Детская психосоматика. Почему болеют наши дети?/Н.Ю. Дмитриева. Изд. 2е. Р. н/Д: Феникс, 2016. 152с. (Психология)
11. Еремина Н.Ю. (2015). Психосоматические расстройства у детей в семьях с различными стилями семейного воспитания // Поволжский педагогический вестник. 2015. №4(9). 121–126. С.118. Інтернет-ресурс: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihosomaticheskie-rasstroystva-u-detey-v-semyah-s-razlichnymi-stilyami-semeynogo-vozpitaniya>
12. Завязкіна Н. Ведмеденко А. Алекситимія як чинник соматизації психологічних проблем № 50 (2020): Проблеми сучасної психології. - <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2020-50.11-30>
13. Изард К.Е. Психология эмоций. М., 2009.

14. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. С.-Пб.: Речь, 1996.
15. Консультативная психология и психотерапия. - 1999. Том 7. № 2. С. 61–90. – доступ: https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/1999_n2/Holmogorova
16. Кузікова С.Б. Теорія і практика вікової психокорекції: навчальний посібник. Суми : Університетська книга, 2006. 384с..
17. Лоуен Олександр. Зрада тіла/Пер з англ., 1998.
18. Маринчева Людмила Павловна. Психологическая помощь подросткам с психосоматическими расстройствами сердечно-сосудистой системы // Вестник Вятского государственного университета, 2009. - С.155-157. – джерело доступу: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-pomosch-podrostkam-s-psihosomaticheskimi-rasstroystvami-serdechno-sosudistoy-sistemy>
19. Мозгова, Г.П., Ханецька, Т.І., & Якимчук, О.І. Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія: Навчальний посібник. Київ : НПУ імені М.П.Драгоманова, 2021.
20. Николаева В.В., Арина Г.А. Принципы синдромного анализа в психологическом изучении телесности. // I Международная конференция памяти А.Р. Лурия. М., 1998. С. 46
21. Ніколаєва В.В., Аріна Г.А. Тяжко хвора дитина: штрихи до психологічного портрета // Школа здоров'я, №2. 1995.
22. Ніколаєва О.І., Грекова О.М. Психологічні особливості підлітків з різноманітними психосоматичними захворюваннями // Сучасні проблеми науки та освіти. 2014. №6.; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=16633>
23. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. С-Пб: Речь, 2001.
24. Павлик, Н.В. (orcid.org/0000-0002-5828-606X) (2022) Тренінг гармонізації психосоматичного здоров'я педагога In: Актуальні проблеми психології навчання в сучасній соціокультурній ситуації : збірник тез наукових доповідей Круглого столу, присвяченого творчій спадщині І. О. Синиці

Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, м. Київ, Україна.
(Прийнятий до публікації)

25. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как терапевт.//Пер. с англ.,нем.:М. Смысл, 1993.

26. Пезешкиан Н. Психотерапия повседневной жизни: тренинг разрешения конфликтов. — СПб.: Речь, 2002. 288 с.

27. Петрюк, П.Т., & Якущенко, И.А. (2003). Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и классификации. Вестник Ассоциации психиатров Украины, 3–4, 133–140. Режим доступа: <http://www.psychiatry.org.ua/articles/paper144.htm>

28. Психиатрия детского возраста: психопатология развития: учебник, 4-е изд. Исаев Д.Н., 2013.

29. Психология телесности: между душой и телом. Под ред. Зинченко, Леви Т.С. М., 2005. Стр. 222-235, 253-269.

30. Ремшмидт Х. Психотерапия детей и подростков. М, Мир, 2000. 656 с.

31. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии – С.-Пб: Издательство «Питер», 2000 - 712 с.: ил. – С.10 (Серия «Мастера психологии»).

32. Сандомирський, М.Є. Психосоматика і телесна психотерапія: практ.кер., 2007.

33. Сарно, Дж. Як вилікувати болі у спині: Люди повинні знати правду!, 2010; 224с.

34. Селье, Г. Коли стрес не приносить горя,1992.

35. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных личностных расстройствах и соматических заболеваниях. М. 1995.

36. Старшенбаум, Г.В. Керівництво з діагностики та самопомоги. Фенікс, 2014.

37. Тілесність людини: міждисциплінарні дослідження (Під ред. В.В. Ніколаєвої, П.Д.Тищенко),1991.

38. Холмогорова А. Б. Концепция соматизации: история и современное состояние // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. № 4. С. 81-97.
39. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Эмоциональные расстройства и современная культура на примере моматоформных, депрессивных и тревожных расстройств // Московский психотерапевтический журнал, 1999. - №2, С.61-90.
40. Хоментаскас Г.Т. Семья глазами ребенка. М.: Педагогика, 1989.
41. Хухлаева О.В. Коррекция нарушений психологического здоровья дошкольников и младших школьников: Академия; Москва; 2003
42. Черников А.В. Интегративная модель системной семейной психотерапевтической диагностики. М., 1997.
43. Эйдемиллер, Э.Г., & Юстицкис, В.В. (2008). Психология и психотерапия семьи. Сп.-Б.: Питер.
44. Якимчук Оксана, Ханецька Тетяна. (2021). Вплив сім'ї на виникнення психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку. // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. С.90-104. Психологічні науки : зб. наук. праць / за наук. редакцією І. С. Булах. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. Вип. 14 (59). 110 с.
45. Brill S R, Patel D R, MacDonald E. Psychosomatic disorders in pediatrics. DOI: [10.1007/BF02752270](https://doi.org/10.1007/BF02752270) // Indian J Pediatr. 2001 Jul;68(7):597-603.
46. Feher V. P. , Annar D., Zsakai A., Bodzsar E. The association of psychosomatic health with physical status and lifestyle factors in adolescence. // Anthropol Anz. 2018 Dec 11;75(4):279-290. oi:10.1127/anthranz/2018/0897. – Джерело доступу <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30422148/>.
47. Ibeziako P., Bujoreanu S.. Approach to psychosomatic illness in adolescents. DOI: 10.1097/MOP.0b013e3283483f1c // Curr Opin Pediatr, 2011 Aug;23(4):384-9. - Джерело доступу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21670681/>
48. <https://neuroflex.ua/blog/teenagers-mental-health/>.