

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ КРИВОРІЗЬКИЙ
ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Психолого–педагогічний факультет
Кафедра практичної психології**

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри

_____ Чаркіна О.А.
_____ « » 2025 р.

Реєстраційний №

« ____ » _____ 2025 р.

**ВПЛИВ СІМЕЙНИХ ВІДНОСИН
НА РОЗВИТОК ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ**

Кваліфікаційна робота студентки групи
ЗПП–21 ступінь вищої освіти бакалавр
спеціальності 053 Психологія

Чайки Діани Олегівни

Науковий керівник:

кандидат педагогічних наук, асистент

Белікова О. А.

Оцінка:

Національна шкала _____

Шкала ECTS _____ Кількість балів _____

Голова ЕК _____

(підпис) (прізвище, ініціали)

Члени ЕК _____

(підпис) (прізвище, ініціали)

(підпис) (прізвище, ініціали)

(підпис) (прізвище, ініціали)я

Кривий Ріг – 2025

ЗАПЕВНЕННЯ

Я, Чайка Діана Олегівна, розумію і підтримую політику Криворізького державного педагогічного університету з академічної доброчесності. Запевняю, що ця кваліфікаційна робота виконана самостійно, не містить академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації. Я не надавав і не одержував недозволену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають покликання на відповідне джерело.

Із чинним «Положенням про запобігання та виявлення академічного плагіату в роботах здобувачів вищої освіти Криворізького державного педагогічного університету» ознайомлений. Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.

Чайка Діана Олегівна

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ СІМЕЙНИХ ВІДНОСИН НА ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ ПІДЛІТКІВ.....	7
1.1. Роль сімейних відносин у формуванні психоемоційного стану підлітків.....	7
1.2. Поняття психосоматичних розладів: визначення та класифікація .	10
Висновки до першого розділу.....	15
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ	17
ВПЛИВУ СІМЕЙНИХ ВІДНОСИН НА ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ ПІДЛІТКІВ.....	17
2.1. Програма емпіричного дослідження.....	17
2.2. Дослідження самооцінки емоційних станів за допомогою методики «Самооцінка емоційних станів» А. Уесман і Д. Рікс.....	19
2.3. Дослідження емоційних станів за допомогою методики К. Ізарда	22
2.4. Дослідження батьківського ставлення за допомогою опитувальника А. Варги та В. Століна	26
2.5. Рекомендації для батьків і фахівців щодо підтримки підлітків з психосоматичними розладами.....	34
ВИСНОВКИ.....	41
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	45
ДОДАТКИ.....	50

ВСТУП

Актуальність дослідження проблематики. У сучасній психології проблема психосоматичних розладів залишається однією з найскладніших і найактуальніших. Відомо, що психічний стан особистості безпосередньо впливає на її фізичне здоров'я, зумовлюючи появу психосоматичних функціональних порушень. Попри численні дослідження, причини та механізми виникнення таких розладів залишаються суперечливими, що ускладнює процес їх діагностики та лікування. Відсутність чітких стандартів у цій сфері нерідко призводить до погіршення якості життя людини, її соціальної та психологічної дезадаптації.

Особливої уваги в цьому контексті потребують підлітки, адже саме в цьому віці відбуваються інтенсивні зміни в емоційній, особистісній та соціальній сферах. Сучасний світ ставить перед ними безліч викликів, що можуть спричинити емоційне перенапруження та порушення психічного здоров'я. Своєчасне виявлення змін у поведінці, настрої та самопочутті підлітків є критично важливим для запобігання розвитку глибших психологічних проблем. Навчання підлітків навичкам емоційної саморегуляції, підтримки, стресостійкості та вміння звертатися по допомогу формує важливі аспекти особистісної зрілості та сприяє гармонійному розвитку.

Одним із ключових чинників, що впливає на становлення емоційного благополуччя підлітка, є сім'я. Саме сімейне середовище, стиль виховання та характер міжособистісних стосунків між батьками й дітьми визначають базові умови для формування психологічного здоров'я. У наукових працях як зарубіжних (Д. Баумрінд, К. Левін, Е. Маккобі, С. Мартін, Ч. Чуньхуа), так і вітчизняних дослідників (Л. Андрейко, І. Бех, М. Бідось, О. Вакуліна, І. Гайдамашко та ін.) підкреслюється роль сім'ї як провідного інституту соціалізації. Проте, попри значну увагу до цієї теми, досі недостатньо вивчено,

як саме сімейні взаємини впливають на емоційну зрілість підлітків. Зростання в умовах дисфункційної чи травматичної сім'ї може значно підвищити ризик розвитку психосоматичних проявів, що вказує на необхідність глибшого аналізу цієї проблематики.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити вплив сімейних відносин на становлення психоемоційного стану підлітків та розвиток психосоматичних розладів у цьому віці, з урахуванням особливостей сімейного функціонування, характеру батьківсько-дитячих взаємодій і факторів емоційного клімату в родині.

Для досягнення мети необхідно було розв'язати такі завдання:

1. Вивчити теоретичні підходи до розуміння психосоматичних розладів у підлітковому віці та проаналізувати взаємозв'язок між мікрокліматом у сім'ї та розвитком таких розладів.

2. Провести емпіричне дослідження впливу сімейних відносин на психоемоційний стан і психосоматичні прояви у підлітків.

3. Здійснити статистичну обробку отриманих даних з метою виявлення закономірностей і тенденцій.

4. Розробити практичні рекомендації для батьків і фахівців щодо профілактики та подолання психосоматичних розладів

Об'єкт дослідження – сімейні відносини як чинник розвитку психічного та фізичного здоров'я підлітків.

Предмет дослідження – вплив особливостей сімейних відносин на розвиток психосоматичних розладів у підлітковому віці.

Розв'язання поставлених завдань здійснювалося шляхом використання загальнонаукових методів та методів психолого–педагогічного дослідження. Зокрема були використані:

1) теоретичні методи: аналіз наукової літератури з метою визначення стану розробленості досліджуваної проблеми;

2) емпіричні методи: психодіагностичне вимірювання здійснювалося (за допомогою таких методик: опитувальник батьківського ставлення,

розроблений А. Варгом та В. Століним; методика «Шкала диференційних емоцій» К. Ізарда; методика О. Кондраша на виявлення тривожності у підлітків) – з метою визначення особливостей професійних інтересів старшокласників;

3) статистичні методи: обрахування індивідуальних показників за ключем методик та середніх показників по вибірковій сукупності респондентів; розрахунок відсоткових показників досліджуваного явища; кореляційний аналіз даних за критерієм Спірмена) – з метою підтвердження об'єктивності аналізу досліджуваних явищ.

База дослідження. Дослідження було проведено на базі Криворізького ЗВО. Для емпіричного дослідження було обрано учнів (43 особи) та їхніх батьків (43 особи).

Надійність і вірогідність дослідження забезпечувалися репрезентативністю вибірки (43 учні старших класів), поєднанням кількісного та якісного аналізу, використанням методів математичної статистики.

Обрані методики є валідними та адаптованими у вітчизняній психологічній науці, що доводить надійність використання даного психодіагностичного інструментарію.

Практична значимість одержаних результатів полягає в тому, що розроблені конкретні методичні рекомендації та результати дослідження можуть бути використані практичними психологами закладів освіти, педагогами при організації освітнього процесу.

Структура роботи: робота складається зі вступу, основної частини, що містить два розділи, висновків, списку використаних джерел, що містить 44 найменування та додатків. Загальний обсяг роботи становить 58 сторінок, з них 44 сторінки основного тексту. Робота містить 3 рисунки, 8 таблиць та 5 додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ СІМЕЙНИХ ВІДНОСИН НА ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ ПІДЛІТКІВ

1.1. Роль сімейних відносин у формуванні психоемоційного стану підлітків

Сімейне середовище є фундаментальним чинником у процесі розвитку та соціалізації особистості, оскільки саме в родині закладаються основи поведінкових моделей, моральних цінностей, емоційної стабільності та світогляду дитини. Родина виконує функцію первинного соціального інституту, який формує базові навички взаємодії з навколишнім світом, забезпечує емоційну підтримку та задовольняє потреби в безпеці, любові, самозбереженні й самоствердженні. Від якості сімейних стосунків, стилю виховання, рівня емоційної включеності батьків та загального мікроклімату в родині залежить не лише психологічне благополуччя дитини, а й особливості її особистісного становлення. Сім'я може як сприяти гармонійному розвитку індивіда, так і ставати джерелом психологічного дискомфорту, що в подальшому може проявлятися у поведінкових чи психосоматичних порушеннях. Таким чином, розуміння впливу сімейного середовища на особистість є важливим для аналізу чинників, які визначають формування внутрішнього світу дитини, її адаптивність, ціннісні орієнтири та здатність до самореалізації [3, с.172–173].

Особливої актуальності ця проблема набуває в підлітковому віці – критичному етапі розвитку, коли формується ідентичність, відбувається активна соціалізація та загострюється емоційне сприйняття навколишньої дійсності. У цей період сімейні відносини набувають вирішального значення для емоційного та психічного стану підлітків. Дослідження показують, що якість взаємодії в родині, підтримка з боку батьків та емоційний клімат у домі

можуть як позитивно, так і негативно впливати на розвиток психічного здоров'я молоді [2, с.18–21].

Зокрема, емоційна підтримка батьків сприяє формуванню впевненості в собі, внутрішньої стійкості до стресу та позитивного емоційного фону. Підлітки, які відчувають турботу, прийняття та розуміння з боку дорослих, демонструють кращу адаптацію до викликів підліткового віку, мають вищу самооцінку й розвинені соціальні навички. Важливою умовою такого емоційного благополуччя є відкритість у спілкуванні між батьками та дітьми, яка дозволяє без страху ділитися власними почуттями й переживаннями. У результаті формується довірлива атмосфера, що виконує функцію емоційного захисту. Водночас, дефіцит відкритої комунікації, емоційна відстороненість батьків або наявність постійних конфліктів у родині можуть серйозно підірвати психоемоційний стан підлітка. Часті сварки, агресивна взаємодія чи байдужість призводять до почуття самотності, безпорадності, зниження самооцінки та можуть спричинити розвиток психосоматичних симптомів. Крім того, саме у взаємодії з батьками підлітки засвоюють певні моделі поведінки – як конструктивні, що сприяють здоровим соціальним зв'язкам, так і деструктивні, які в подальшому можуть ускладнювати міжособистісну взаємодію [5, с.54–58].

Дослідження І. Кошлань, зокрема робота «Психологічні чинники комунікативної толерантності у юнацькому віці», допомагає глибше зрозуміти зв'язок між емоційними типами членів сім'ї та їх впливом на емоційну поведінку дітей. У своїй роботі автори виявили, що існує схожість емоційності між батьками та підлітками, що підтверджує важливість сімейного середовища у формуванні емоційних рис дітей. Зокрема, особливо значущою є роль матері, яка часто виступає емоційно значущою фігурою для підлітка. Це дослідження акцентує на тому, що стилі сімейного виховання, зокрема типи емоційної підтримки чи відстороненості з боку батьків, суттєво впливають на емоційний розвиток підлітків і їхню комунікативну толерантність [45, с. 164–169].

Дослідження А. Холмогорової, зокрема робота «Психологічні проблеми батьківсько–дитячих стосунків», висвітлює важливі аспекти впливу емоційної поведінки батьків на емоційний стан дітей. У своїй роботі авторка вказує на такі негативні фактори, як елімінація емоцій, критика з боку батьків, індукція тривоги та фокусування на негативних переживаннях, які можуть мати шкідливий вплив на розвиток емоційної стабільності у дітей. Дослідження А. Холмогорової показує, як неадекватна емоційна поведінка батьків може призвести до зниження емоційного благополуччя дітей і порушень у їхній соціалізації та адаптації [46, с. 112–118].

Різні типи неблагополучних сімей ілюструють аспекти виховного середовища, які можуть негативно впливати на дітей. Наприклад, у «сім'ї–санаторії» спостерігається надмірна опіка та контроль, що може призвести до психічного перевантаження, гіперчутливості та дратівливості. У «родині–фортеці» батьки часто встановлюють суворі правила, що може викликати у дітей невпевненість у собі та ізоляцію від однолітків. У «родині – третій зайвий» дитина може відчувати себе неповноцінною через акцент на її недоліках, що може призвести до комплексів неповноцінності [12, с. 125–126].

Важливим аспектом є те, що всі ці типи негативного впливу можуть мати тривалі наслідки для розвитку дітей. Проблеми підліткового віку мають своє коріння у ранньому дитинстві, тому важливо пам'ятати, що раннє дитинство є критичним періодом для формування особистості та визначає подальший розвиток людини. Психологічне середовище, в якому росте дитина, відіграє ключову роль у формуванні її характеру та ставлення до себе і світу. Неправильні установки і негативні патерни взаємодії в сім'ї можуть призвести до труднощів у дорослому житті. Психоемоційний та мотиваційний компоненти, сформовані в дитинстві, визначають сприйняття себе і навколишніх. Як зазначав З. Фройд, раннє дитинство має вирішальний вплив на основні риси особистості; він підкреслював, що конфлікти і досвід дитинства мають значний вплив на подальший розвиток [47, с. 220].

Тому важливо створити позитивне психологічне середовище для дітей у

ранньому віці, яке сприятиме їхньому здоровому розвитку і формуванню позитивних рис характеру. Е. Фромм підкреслював важливість раннього дитинства у формуванні особистості, але також зауважував, що це не єдиний визначальний фактор. Він критикував авторитарне виховання за можливість розвитку психічних проблем і агресивності, наголошуючи на необхідності сприяти незалежності та індивідуальності дитини [5, с.55–57].

Саме тому роль сімейних відносин у формуванні психоемоційного стану підлітків є надзвичайно важливою. Якість взаємодії в родині, рівень емоційної підтримки та характер комунікації суттєво впливають на розвиток психологічного благополуччя молоді. Негативні сімейні динаміки здатні сприяти виникненню психічних порушень, тоді як сприятливий емоційний клімат у родині може стати потужним захисним ресурсом. Тому дослідження особливостей сімейних стосунків є важливим не лише для розуміння витоків емоційного стану підлітків, а й для розробки ефективних програм психологічної підтримки. Професійна допомога, спрямована на покращення сімейної комунікації та зміцнення емоційного зв'язку між членами родини, є перспективним напрямом у попередженні психоемоційних порушень серед підлітків. У цьому контексті сім'я розглядається не лише як можливе джерело проблем, але й як ресурс для розвитку здорової, соціально зрілої особистості.

1.2. Поняття психосоматичних розладів: визначення та класифікація

Поняття психосоматичних розладів має давнє коріння, що бере початок ще з античної філософії, де мислителі, такі як Арістотель, Платон і Демокрит, піднімали питання про взаємозв'язок психіки та тіла. Гіппократ, як один із перших представників медицини, розглядав людину як цілісну систему, поєднуючи соматичні та психічні аспекти. Він висунув ідею про залежність між типом темпераменту, статурою та схильністю до захворювань. У подальші

епохи Й. Хайнрот запровадив термін «психосоматика» у 1818 році, стверджуючи, що моральні й емоційні чинники можуть бути причиною фізичних захворювань, таких як епілепсія чи туберкульоз [54, с. 24]. М. Якобі у 1822 р. доповнив цю ідею терміном «соматопсихіка», що акцентував на двобічному зв'язку між тілом і психікою. У ХХ столітті венський психоаналітик Ф. Дейч сформулював ключові постулати психосоматичного підходу, а Ф. Александер розробив свою трьохкомпонентну модель психосоматичного захворювання, що включає психологічний конфлікт, особистісну диспозицію і соматичну вразливість. Він розглядав психосоматичні порушення як наслідок хронічної емоційної напруги, що не знаходить психологічного відреагування [56, с. 21–23].

Сучасне розуміння психосоматичних розладів базується на ідеї цілісності людського організму, згідно з якою психічні й соматичні процеси є взаємопов'язаними. У цьому контексті особливу увагу приділяють тому, як емоційні стани – такі як страх, тривога, гнів або пригнічення – можуть викликати або загострювати соматичні симптоми. Навіть за відсутності органічної патології, емоційне перенапруження здатне провокувати функціональні порушення в роботі різних систем організму. Цей підхід відкриває можливість розглядати психосоматику як ключ до розуміння прихованого конфлікту між свідомим і несвідомим рівнями психіки.

Одним із перших дослідників, хто спробував окреслити сутність цього феномену, був Д. Халлідей. У 1943 році він запропонував визначення психосоматичного захворювання як такого, природу якого не можна зрозуміти без врахування емоційних чинників, що впливають на фізіологічні процеси. Цей підхід згодом став основою для формування окремої категорії діагнозів у медичних класифікаціях. Зокрема, у третьому виданні американського Діагностичного і статистичного посібника психічних розладів (DSM–III) термін «психосоматичні розлади» був замінений на «соматоформні», що позначає стани, при яких пацієнти скаржаться на фізичні симптоми без відповідної органічної основи. Одночасно з цим у європейській медицині

М. Перре ввів поняття «функціональні соматичні порушення», яке охоплює широкий спектр розладів, що виникають на тлі психоемоційного виснаження. [48].

Українські автори, як-от В. Бочелюк, М. Панов і Л. Спицька відзначають, що психосоматичні розлади часто є наслідком накопичення невирішених внутрішніх конфліктів або тривалого пригнічення емоцій. Ці фактори можуть ослаблювати захисні механізми організму, підвищуючи його вразливість до соматичних реакцій на психічний дистрес [14].

Доповнення до цього підходу пропонують А. Ліпко та А. Єрмакова, які розглядають психосоматичні симптоми як результат емоційної реакції на стресові обставини. Вони вважають, що тіло виконує компенсаторну функцію, беручи на себе психічну напругу, яку особистість не може усвідомити або вербалізувати. Така соматизація психічного конфлікту проявляється у вигляді функціональних змін у діяльності серцево-судинної, дихальної чи шлунково-кишкової систем. Особливий внесок у розуміння фізіологічних механізмів виникнення психосоматичних симптомів зробила О. Власова. У своїй праці «Психосоматика в практиці психолога: теорія і практика» вона підкреслює важливість кортико-вісцеральної взаємодії, зазначаючи, що порушення регуляторних функцій кори головного мозку у відповідь на стрес можуть призвести до дисфункції внутрішніх органів. Авторка наголошує на необхідності поєднання психологічного й біологічного підходів у діагностиці та терапії психосоматичних станів [49; 50].

У сучасній психосоматичній медицині не існує єдиної усталеної класифікації психосоматичних розладів, однак наукова література пропонує низку систематизацій, які базуються на різних критеріях: патогенетичних, клінічних, поведінкових та психологічних. Одним із перших спроб систематизації була концепція К. Ясперса, який виділив три рівні проявів психосоматичних порушень: по-перше, це суб'єктивні соматичні відчуття, такі як психогенна анестезія, болі без органічної основи, галюцинації чи псевдогалюцинації, які є наслідком психічної активності, що не має

фізіологічного підґрунтя. По-друге, фізіологічні прояви емоцій – наприклад, серцебиття, тремор, пітливість, що супроводжують емоційні стани. Третій аспект – соматичні захворювання, що безпосередньо залежать від психічного стану, включаючи непритомність, функціональні розлади внутрішніх органів, реакції психіки, які "вибирають" органи–мішені для маніфестації страждання [51, с. 750–752].

Іншим вагомим підходом є класифікація Р. Лемке, яка ґрунтується на соматоперцептивній конституції особистості – індивідуальних особливостях тілесного сприйняття. Вона включає три основні групи: невропатії – розлади, при яких домінує гіперсенситивність до тілесних сигналів, часті болі, вегетативні кризи; соматотонія – надмірне занурення в тілесність, потреба у фізичному самоствердженні, підвищена витривалість; пропріоцептивний діатез – складні соматоформні порушення з неадекватними сенсорними реакціями, спотвореним тілесним сприйняттям, нетиповими скаргами. Цей підхід вказує на глибокі психологічні та характерологічні передумови тілесного реагування на емоційний дискомфорт [52].

У підручнику «Медична психологія» (ред. Т. Спірна, Л. Вітенко) психосоматичні розлади поділено на чотири групи. Перша група – конверсійні розлади: істеричні паралічі, сліпота, глухота, які мають символічне значення і виникають у результаті невротичних конфліктів. Вони є яскравим прикладом психогенних симптомів без органічної основи. Друга група – функціональні психосоматичні синдроми, або органічні неврози: сюди входять вегетативні розлади (вегетоневрози), розлади серцево–судинної системи («неврози серця»), порушення сну, дихальні синдроми (гіпервентиляція), шлунково–кишкові симптоми (метеоризм, закрепи, діарея), а також порушення харчової поведінки – анорексія, булімія. Третя група – психосоматози, або органічні соматичні хвороби, у патогенезі яких доведено роль хронічного емоційного конфлікту: це бронхіальна астма, виразкова хвороба, гіпертонія, ревматоїдний артрит, цукровий діабет. Остання група – поведінкові психосоматичні розлади, пов'язані зі стилем реагування:

схильність до переїдання, алкоголізму, наркоманії, тютюнопаління, ризикованої поведінки [53, с. 143–144].

З огляду на міждисциплінарний характер теми, психосоматичні розлади дедалі частіше розглядаються у межах інтегративної медицини, яка поєднує досягнення психології, психіатрії, неврології, терапії та психотерапії. Такий підхід дозволяє класифікувати психосоматичні прояви за механізмом виникнення. Перша група – це психічні розлади, що проявляються соматично. До них належать, наприклад, тривожні стани з фізичними симптомами (тахікардія, біль у грудях, відчуття нестачі повітря), які не мають органічної причини, але значно впливають на якість життя. Друга група охоплює психічні розлади, що формуються як вторинна реакція на хронічну соматичну патологію – типовим прикладом є розвиток депресії внаслідок онкологічного, ревматологічного чи серцево–судинного захворювання. Третю групу становлять соматичні порушення, етіологія яких має переважно психогенний характер – наприклад, психогенні гастрити, синдром подразненого кишечника, псевдоінфаркти, напади задухи або болю, які не підтверджуються соматичною діагностикою, але мають чіткий зв'язок з емоційними конфліктами або стресовими подіями [57, с. 22–26].

Поряд із клінічними, вагоме місце посідають поведінкові класифікації, які виходять з особистісних особливостей реагування на психоемоційні труднощі. Одним із найбільш вивчених типів є олекситимія – неспроможність людини розпізнавати та вербалізувати власні емоції. Така особа часто замість усвідомлення внутрішніх переживань відчуває тілесні симптоми, що й зумовлює соматизацію. Інший тип – внутрішня напруга, що формується на тлі постійного пригнічення базових потреб (безпеки, визнання, любові), яка не знаходить конструктивного виходу й трансформується у тілесний дискомфорт. Третій тип – поведінкове уникнення, при якому індивід, уникаючи усвідомлення або вираження конфлікту, «переносить» емоційний дистрес у соматичну сферу. Ці моделі описані в роботах Л. Асаул, яка наголошує на важливості виявлення психосоматичного профілю ще до появи

клінічно виражених симптомів, що має значення для профілактичної психотерапевтичної роботи [58, с. 83–88].

Таким чином, класифікація психосоматичних розладів є багатокомпонентною системою, яка відображає складну природу взаємозв'язку між тілом і психікою. Вона не лише допомагає систематизувати типи порушень за клінічними ознаками чи поведінковими моделями, але й є інструментом для глибшого розуміння внутрішніх процесів особистості. Така систематизація дозволяє врахувати індивідуальні особливості пацієнта, що критично важливо при постановці діагнозу, виборі терапевтичної стратегії та профілактиці рецидивів. У підлітковому віці, який є особливо чутливим до впливу психосоціальних стресорів, це набуває ще більшого значення. Виявлення типу реагування, превалювання певних психосоматичних механізмів і аналіз сімейного контексту дають змогу не лише ефективніше допомагати окремому підлітку, а й впливати на його найближче соціальне середовище – родину, як головне джерело підтримки або стресу. У цьому сенсі класифікація не є суто теоретичною конструкцією, а практичним інструментом формування індивідуалізованої допомоги та довгострокової психологічної стратегії.

Висновки до першого розділу

Сімейні відносини відіграють ключову роль у формуванні психоемоційного стану підлітків. Емоційна підтримка, відкритість у спілкуванні та здатність до конструктивного вирішення конфліктів створюють здоровий психологічний клімат, який сприяє позитивному розвитку молоді. На противагу цьому, негативні сімейні динаміки, такі як часті конфлікти, емоційна дистанція або відсутність підтримки, можуть призводити до

розвитку тривожності, депресії та інших психічних розладів, що в свою чергу може мати фізичні прояви.

Взаємозв'язок між мікрокліматом у сім'ї та психосоматичними розладами є очевидним. Негативний вплив сімейних відносин може сприяти виникненню або загостренню психосоматичних симптомів у підлітків, тоді як позитивна атмосфера в родині може служити захисним фактором. Це підкреслює важливість роботи з сім'ями в рамках психотерапевтичних програм, які можуть допомогти зміцнити емоційні зв'язки та покращити комунікацію. Таким чином, підтримка здорових сімейних відносин є необхідною умовою для збереження психічного і фізичного благополуччя молоді.

Психосоматичні розлади – це складний феномен, що поєднує в собі як фізичні, так і психологічні аспекти. Визначення цих розладів охоплює широкий спектр симптомів, які не можуть бути пояснені лише медичними причинами, що свідчить про важливість комплексного підходу до їх вивчення. Класифікація психосоматичних розладів включає різні категорії, такі як соматоформні розлади, функціональні розлади органів та інші стани, що виникають внаслідок емоційного стресу. Розуміння цих аспектів є критично важливим для ефективної діагностики та лікування, а також для профілактики уразливості підлітків до психосоматичних проявів.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВПЛИВУ СІМЕЙНИХ ВІДНОСИН НА ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ ПІДЛІТКІВ

2.1. Програма емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження було спрямоване на встановлення взаємозв'язку між характером сімейних взаємин і емоційним станом підлітків, зокрема в контексті виникнення психосоматичних розладів. У межах дослідження передбачалося виявити, які типи батьківсько-дитячих стосунків сприяють формуванню емоційної стабільності, а які, навпаки, є джерелом емоційного напруження, тривожності та психосоматичних проявів. Для досягнення цієї мети була розроблена програма дослідження, яка поєднувала якісні та кількісні методи аналізу.

У процесі реалізації поставленої мети було сформульовано такі дослідницькі завдання:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння феномену психосоматичних розладів у підлітковому віці, визначити основні психологічні та соціальні чинники, що сприяють їх виникненню, зокрема у контексті міжособистісної взаємодії в сім'ї.

2. Дослідити психологічні особливості емоційного стану підлітків, які зростають у родинях із різними стилями батьківського ставлення, із метою виявлення типових емоційних реакцій, пов'язаних із ризиком психосоматичних проявів.

3. Вивчити характер зв'язків між показниками сімейної взаємодії (типи батьківського ставлення) та рівнем емоційної напруженості, тривожності й самооцінки підлітків, визначити кореляційні залежності між цими показниками.

4. Розробити психолого-педагогічні рекомендації для батьків спрямовані на профілактику та подолання психосоматичних розладів у підлітків шляхом покращення емоційного клімату в сім'ї та підвищення рівня психологічної культури батьків.

На першому, констатувальному етапі було висунуто припущення, що негативні стилі батьківського ставлення, такі як авторитаризм, відторгнення або гіперсоціалізація, можуть виступати факторами ризику розвитку порушень адаптації у підлітків, що, у свою чергу, підвищує ймовірність виникнення психосоматичних симптомів. Позитивні ж стилі взаємодії, такі як кооперація чи прийняття, можуть створювати захисне емоційне середовище.

Для збору даних були використані три валідовані методики:

- Опитувальник батьківського ставлення (А. Варга, В. Столін) – дозволяє виявити тип стосунків у родині, зокрема ступінь емоційного прийняття, контролю, симбіозу, кооперації тощо. Ці дані є важливими для аналізу впливу сімейної системи на психологічне самопочуття дитини.

- Шкала диференційних емоцій (К. Ізард) – застосована для визначення спектру емоційних реакцій у підлітків, включаючи позитивні, негативні та тривожно-депресивні емоції. Методика дозволяє побудувати емоційний профіль кожного учасника.

- Методика «Самооцінка емоційного стану» (А. Уессман і Д. Рікс) – спрямована на вивчення суб'єктивного емоційного благополуччя підлітків за шкалами «спокій–тривожність», «енергійність–втома», «піднесеність–пригніченість», «впевненість у собі–безпорадність».

Дослідження проводилося на базі одного з освітніх закладів Кривого Рогу. До вибірки увійшли 43 підлітки старшого шкільного віку та 43 їхніх батьки. Учасники дали згоду на участь у дослідженні, що забезпечило дотримання етичних норм. Збір даних здійснювався у комфортних умовах для підлітків, індивідуально, з обов'язковою гарантією конфіденційності.

Отримані результати оброблялися за допомогою методів математичної статистики. Застосовувалися середні арифметичні значення, порівняльний

аналіз, а також кореляційний аналіз за критерієм Спірмена для виявлення зв'язків між показниками емоційного стану підлітків та особливостями сімейного виховання. Статистична обробка проводилася з використанням програми SPSS Statistics 28.0.

2.2. Дослідження самооцінки емоційних станів за допомогою методики «Самооцінка емоційних станів» А. Уессман і Д. Рікс.

Для емпіричного вивчення особливостей емоційного стану було застосовано методику «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана і Д. Рікса. Зазначений інструмент призначений для визначення суб'єктивного емоційного самопочуття особистості та виявлення індивідуальних коливань у межах чотирьох основних шкал: «Спокій – тривожність», «Енергійність – втома», «Піднесеність – пригніченість» та «Впевненість у собі – безпорадність». Методика дозволяє зафіксувати як поточний емоційний стан, так і його можливу динаміку впродовж певного періоду.

Змістовне наповнення шкал базується на характеристиках, що відображають внутрішні психічні орієнтири особистості, її настанови, ступінь активності та адаптивності до навколишнього середовища. Перевагою методики є її простота, швидкість виконання й здатність давати як інтегральну оцінку загального емоційного стану, так і деталізований аналіз за окремими показниками. Водночас важливо враховувати, що сумарний бал є більш інформативним у контексті виявлення психічної дезадаптації, ніж високофункціонального стану.

Отримані індивідуальні дані (див. додаток А) узагальнено у чотирьох шкалах, після чого підраховувався інтегральний показник емоційного стану. Кількісні результати інтерпретувалися відповідно до визначених градацій, що

дозволяє розмежовувати рівні емоційного благополуччя та тривожності, а також ідентифікувати потенційні зони психологічного ризику.

За результатами методики А. Уессмана і Д. Рікса виявлено, що більшість підлітків мають середні значення за всіма чотирма шкалами. Такий розподіл свідчить про відносну емоційну стабільність, у межах якої не домінують ні позитивно-врівноважені, ні дезадаптивно-негативні емоційні стани.

Однак водночас простежується значна частка осіб, які продемонстрували низькі показники за шкалами тривожності, енергійності та впевненості. Зокрема, 12 респондентів (28 %) мають низький рівень за шкалою «Спокій – тривожність», що вказує на схильність до внутрішньої напруги, неспокою, невпевненості у собі. 13 осіб (30 %) засвідчили низький рівень енергійності, що супроводжується емоційним виснаженням, пасивністю, апатією.

Особливу увагу заслуговують результати за шкалою «Впевненість у собі – безпорадність», де 15 осіб (понад 34 % вибірки) мають показники, що свідчать про емоційну вразливість, знижене почуття самоконтролю й недостатню віру у власні сили.

Натомість високий рівень емоційної стабільності, енергії та впевненості демонструють менші групи респондентів (11–16 осіб залежно від шкали), що є показником сформованішої емоційної саморегуляції.

На основі таблиці А.1 (див. додаток А) була побудована діаграма (рис.2.1).

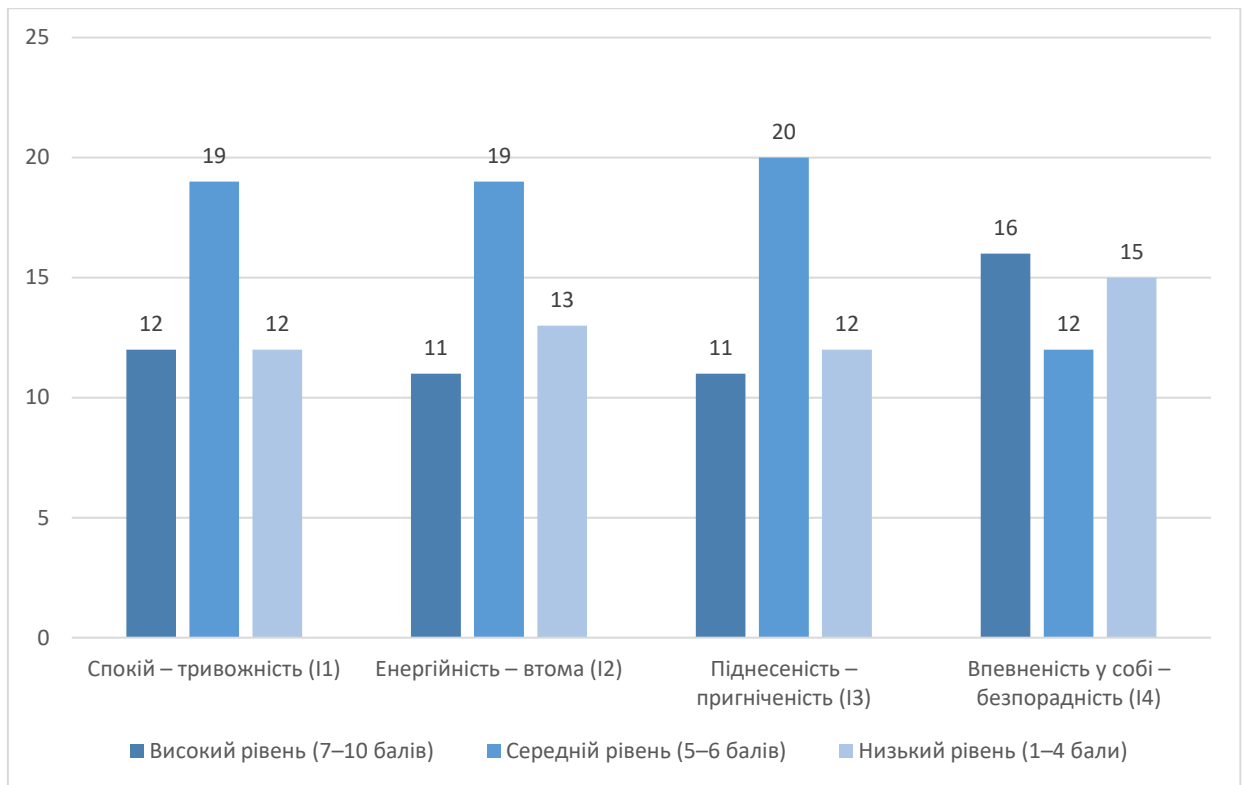


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за рівнями емоційного стану (n = 43)

Аналіз отриманих результатів дозволяє зробити висновок, що серед підлітків старшого шкільного віку спостерігається виражена емоційна неоднорідність. Частина учасників демонструє риси емоційної вразливості, що проявляється в комбінації тривожності, втоми та почуття безпорадності. Це може бути пов'язано з підвищеним навантаженням у період завершення навчання, невизначеністю майбутнього, міжособистісними труднощами або внутрішньою неготовністю до самостійного прийняття рішень.

З іншого боку, у значної частини респондентів зафіксовано середній або високий рівень адаптації, що характеризується спокоєм, упевненістю в собі, помірною енергійністю та позитивною емоційною динамікою. Це дозволяє говорити про функціональні адаптаційні механізми, достатній рівень психоемоційної зрілості та внутрішніх ресурсів.

2.3. Дослідження емоційних станів за допомогою методики К. Ізарда

Для діагностики емоційних переживань підлітків старшого шкільного віку було застосовано методику К. Ізарда «Шкала диференціальних емоцій», що є емпіричним додатком до його теоретичної концепції базових емоцій. Методика ґрунтується на уявленні про існування десяти фундаментальних емоцій, які формують основу емоційного функціонування людини. До переліку цих емоцій входять: інтерес, радість, здивування, горе, гнів, відраза, презирство, страх, сором і провина. Кожна з них виконує специфічну функцію в адаптації індивіда до навколишнього середовища, забезпечуючи емоційний супровід пізнавальних, вольових і соціальних процесів.

Методика реалізується у вигляді 30 монополярних шкал, представлених прикметниками, що репрезентують конкретні відтінки емоцій. Три прикметники відповідають кожній з десяти базових емоцій, що дозволяє кількісно фіксувати міру їхньої вираженості. Випробовуваному пропонується оцінити інтенсивність переживання кожної емоції на момент обстеження за п'ятибальною шкалою – від 1 (повна відсутність) до 5 (максимальна інтенсивність). Важливою перевагою методики є прямолінійність шкал: зростання бала відповідає зростанню сили емоційного прояву, що забезпечує прозорість інтерпретації.

На першому етапі обробки результатів здійснюється підрахунок балів за кожною з десяти базових емоцій шляхом сумування оцінок за трьома шкалами, що їй відповідають. Таким чином, для кожного респондента виводиться 10 показників, діапазон яких варіює від 3 до 15 балів. Це дозволяє побудувати індивідуальний профіль емоцій, що графічно відображає інтенсивність переживання кожної базової емоції.

На другому етапі визначаються три інтегральні показники, що відображають структурно узагальнені емоційні стани:

Індекс позитивних емоцій (ІПЕ) – обчислюється як сума балів за емоціями інтерес, радість і здивування. Він слугує показником позитивного емоційного налаштування та емоційної залученості.

Індекс гострих негативних емоцій (ІГНЕ) – обчислюється як сума балів за емоціями горе, гнів, відраза і презирство. Відображає загальне емоційне напруження та схильність до афективного реагування.

Індекс тривожно–депресивних емоцій (ІТДЕ) – складається з балів за емоціями страх, сором і провина, що дозволяє фіксувати хронічні компоненти емоційного дискомфорту, пов’язані з внутрішньоособистісними конфліктами.

Для кожного з індексів застосовується шкала інтерпретації (табл. 2.1)

Таблиця 2.1

Шкала інтепретації (методика К. Ізарда)

Міра вираженості емоцій	ІПЕ (9–45)	ІГНЕ (12–60)	ІТДЕ (9–45)
Слабка	< 19	< 14	< 11
Помірна	20–28	15–24	12–20
Виражена	29–36	25–32	21–30
Сильна	> 36	> 32	> 30

Таким чином, методика К. Ізарда забезпечує комплексну діагностику емоційної сфери, дозволяє охопити одночасно як позитивні, так і негативні емоції, виявити їх інтенсивність, домінування окремих емоційних кластерів, а також здійснити профілювання поточного емоційного стану підлітка. Це, у свою чергу, створює підґрунтя для психологічного аналізу емоційної регуляції, виявлення ризиків емоційного вигорання, дезадаптації або внутрішнього конфлікту.

Процедура включала заповнення відповідного бланку (див. додаток Б), де кожен досліджуваний обирав судження, що найточніше описує його поточний стан.

Індивідуальні емпіричні результати за методикою К. Ізарда «Шкала диференціальних емоцій», отримані в процесі дослідження серед підлітків старшого шкільного віку, наведені в додатку В.

З метою отримання цілісного уявлення про палітру актуальних емоційних переживань підлітків старшого шкільного віку було здійснено обробку результатів, отриманих за методикою К. Ізарда «Шкала диференціальних емоцій». На основі індивідуальних показників, що включають три інтегральні індекси – позитивних емоцій (ІПЕ), гострих негативних емоцій (ІГНЕ) та тривожно-депресивних емоцій (ІТДЕ), сформовано узагальнену таблицю 2.2, яка відображає рівні емоційних проявів, частотні розподіли за кожним показником та середні значення.

Таблиця 2.2

Узагальнені результати дослідження емоційних станів за методикою К. Ізарда (n = 43)

Індекс	Середнє значення	Слабкий рівень	Помірний рівень	Виражений рівень	Сильний рівень
ІПЕ	26,7	3 осіб (7 %)	18 осіб (42 %)	18 осіб (42 %)	4 особи (9 %)
ІГНЕ	25,0	2 особи (5 %)	17 осіб (40 %)	20 осіб (47 %)	4 особи (9 %)
ІТДЕ	19,7	3 особи (7 %)	19 осіб (44 %)	17 осіб (40 %)	4 особи (9 %)

Кількісний аналіз отриманих даних свідчить про те, що середні значення трьох індексів перебувають у межах помірному рівня емоційного реагування. Так, середнє значення індексу позитивних емоцій (ІПЕ) становить 26,7 бала, що вказує на відносно збережену здатність до позитивного емоційного включення, відчуття інтересу, радості та здивування. Близько 42 % підлітків продемонстрували виражений рівень позитивних емоцій, а ще 42 % – помірний, що свідчить про внутрішню емоційну залученість, відкритість до середовища й емоційно підтримувану мотивацію.

Індекс гострих негативних емоцій (ІГНЕ) у середньому становить 25,0 бала, що відповідає нижній межі вираженого рівня. У 47 % підлітків цей показник перебуває у межах вираженого рівня, що свідчить про емоційне напруження, схильність до афективного збудження, агресивних або ворожих

переживань. Помірні значення фіксуються у 40 % респондентів, тоді як лише в 5 % – слабкі, що свідчить про їхню емоційну стабільність.

Індекс тривожно-депресивних емоцій (ІТДЕ) наблизився до верхньої межі помірного рівня й становить у середньому 19,7 бала. У 44 % осіб рівень тривожно-депресивних проявів є помірним, а у 40 % – вираженим, що дозволяє зробити висновок про високу емоційну чутливість, часткову дезадаптацію або переживання невизначеності, провини, внутрішньої напруги. Невелика частка респондентів (7 %) засвідчила низький рівень таких переживань, що може бути показником сформованих механізмів саморегуляції.

Зіставлення результатів за всіма трьома індексами засвідчує емоційну поляризованість вибірки, в межах якої більшість підлітків поєднують помірно-високий рівень позитивної емоційної активності з вираженими або помірними формами емоційного напруження та підвищеною тривожністю. Така картина є типовою для старшого шкільного віку, оскільки цей період характеризується як емоційно насичений, соціально навантажений та внутрішньо напружений у зв'язку з вибором подальшого життєвого шляху.

Рисунок 2.2 ілюструє кількісний розподіл підлітків за рівнями трьох інтегральних індексів, отриманих за методикою К. Ізарда: індексу позитивних емоцій (ІПЕ), індексу гострих негативних емоцій (ІГНЕ) та індексу тривожно-депресивних емоцій (ІТДЕ). Стопчикова діаграма дозволяє візуально порівняти частотність різних ступенів емоційної вираженості, що, у свою чергу, сприяє виявленню домінуючих тенденцій в емоційному стані старшокласників. Найбільше респондентів продемонстрували помірний або виражений рівень за всіма трьома індексами, що свідчить про загальну емоційну насиченість вибірки та часткову схильність до переживання як позитивних, так і напружених емоцій.

Результати виміру базових емоцій за методикою «Шкала диференційних емоцій» К. Ізарда в двох групах досліджуваних наведені для наочності у вигляді графіка на рисунку 3.1.

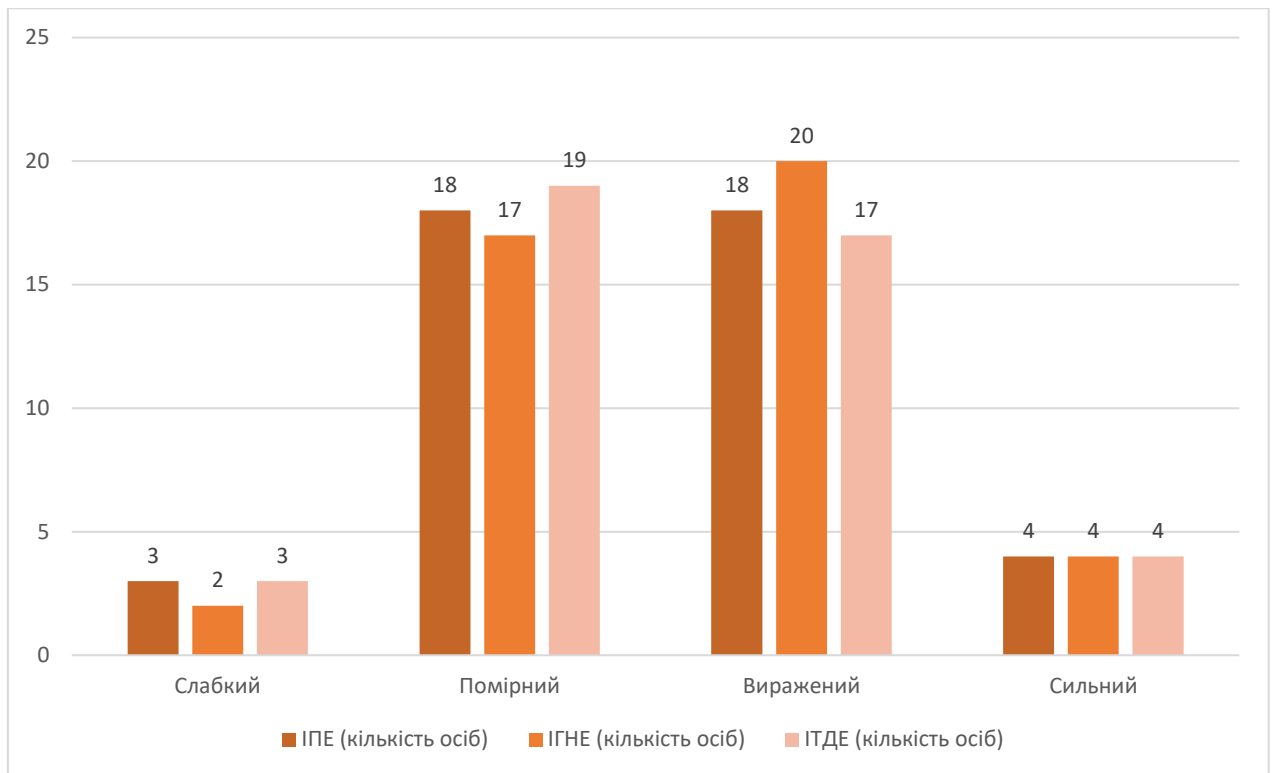


Рис. 2.2. Результати виміру базових емоцій за методикою «Шкала диференційних емоцій» К.Ізарда

Таким чином, результати дослідження свідчать про емоційну амплітудність у переживаннях підлітків, що поєднує адаптивні риси з елементами ризику. Це вимагає подальшої уваги до профілактики емоційного виснаження, тривожності та формування емоційної компетентності в умовах освітнього процесу.

2.4. Дослідження батьківського ставлення за допомогою опитувальника А. Варги та В. Століна

З метою вивчення особливостей батьківського ставлення до підлітків у рамках емпіричного дослідження було використано тест-опитувальник батьківського ставлення, розроблений А. Я. Варгою та В. В. Століним. Ця методика дозволяє отримати уявлення про стійку систему емоційних

установок, переживань, поведінкових стратегій та когнітивних оцінок, які дорослий проявляє у взаємодії з власною дитиною. Батьківське ставлення розглядається як багатовимірне явище, що визначає характер виховання, рівень психологічної підтримки або тиску, а також ступінь довіри, авторитету й близькості у взаєминах.

Також у цій частині емпіричного дослідження було проведено опитування серед батьків підлітків, щоб виявити особливості взаємин між батьками та дітьми та їхній вплив на рівень стресу. В основі мого підходу лежало припущення, що негативне ставлення батьків до дітей може призводити до напруженості у стосунках і негативно впливати на емоційний стан дітей, що, своєю чергою, може сприяти розвитку стресових станів на фоні психосоматичних захворювань та їх хронізації.

Опитувальник охоплює низку шкал, які дозволяють охарактеризувати різні сторони батьківського ставлення. Структура методики включає 61 твердження, на які респонденти (батьки) відповідають у форматі дихотомічного вибору («вірно» / «невірно»). Обробка результатів ґрунтується на підрахунку кількості відповідей «вірно» згідно з ключовими позиціями для кожної шкали. Високий тестовий бал інтерпретується як інтенсивне проявлення певного типу ставлення.

У методиці виділяється п'ять основних шкал, кожна з яких відповідає окремому аспекту ставлення до дитини:

«Прийняття – відторгнення» – показує емоційне сприйняття дитини, відображає полярність між позитивним прийняттям і негативною знецінювальною позицією. Високі показники свідчать про емоційне відторгнення, ворожість, недовіру, схильність принижувати чи знецінювати дитину.

«Кооперація» – відображає міру залученості батьків до життя дитини, рівень підтримки, довіри, співпраці та орієнтацію на суб'єктну рівність. Високі значення засвідчують готовність батьків сприяти розвитку ініціативи й самостійності дитини.

«Симбіоз» – фіксує емоційно залежне ставлення до дитини, прагнення повністю контролювати її середовище, обмежити автономію, розглядати дитину як продовження себе. Високі значення характеризують емоційну злитість і надмірну опіку.

«Авторитарна гіперсоціалізація» – характеризує схильність батьків до тотального контролю, жорсткої дисципліни, домінування, обмеження свободи, а також підкресленого фокусування на соціальних нормах і зовнішніх стандартах поведінки.

«Маленький невдаха» – виявляє батьківське ставлення до дитини як до неспроможної, безпорадної, слабкої та непристосованої до самостійного життя. Такий підхід супроводжується інфантилізацією, браком довіри та переконаністю в нездатності дитини досягати успіху.

Для кожної шкали використовується окремий блок тверджень, що визначено у відповідних ключах. Наприклад, шкала «Прийняття – відторгнення» охоплює 30 пунктів; «Кооперація» – 9; «Симбіоз» – 7; «Авторитарна гіперсоціалізація» – 7; «Маленький невдаха» – 8.

Оцінювання здійснюється шляхом кількісного підрахунку відповідей «вірно» за кожною шкалою. Чим вищий бал, тим сильніше виражене певне ставлення або тип взаємодії. Результати можуть бути подані як у кількісній формі (у балах або у відсотках), так і в якісному вигляді – через інтерпретацію превалюючих форм ставлення, порівняння між окремими шкалами та визначення рангової структури.

Методика має високу чутливість до діагностики деструктивних форм батьківського впливу, таких як авторитаризм, інфантилізація, недовіра, емоційне відторгнення, що дозволяє розглядати її як ефективний інструмент виявлення психоемоційних передумов порушень у формуванні самооцінки, автономності та адаптивності підлітка.

У додатку Г подано таблицю індивідуальних даних для 43 респондентів (одного з батьків кожного підлітка), які брали участь у дослідженні за

методикою А. Я. Варги та В. В. Століна. Таблиця Г.1 включає результати за п'ятьма шкалами, що відповідають ключовим типам батьківського ставлення.

Нижче подано узагальнену таблицю 2.3 частот за п'ятьма шкалами батьківського ставлення (за методикою А. Я. Варги і В. В. Століна), складену на основі індивідуальних результатів 43 батьків.

Таблиця 2.3

Показники батьківського ставлення за п'ятьма шкалами (n = 43)

№	Шкала	Середнє значення	Мінімум	Максимум	Ранг (місце)
1	Прийняття / Відторгнення	20,7	14	25	2
2	Кооперація	3,8	2	6	5
3	Симбіоз	4,9	3	6	4
4	Авторитарна гіперсоціалізація	6,3	5	7	1
5	Маленький невдаха	5,3	4	7	3

Отримані результати свідчать про домінування в структурі батьківського ставлення таких типів, як авторитарна гіперсоціалізація (середнє значення – 6,3 бала) та емоційне відторгнення (20,7 бала за шкалою «прийняття/відторгнення»), що займають перше і друге рангові місця відповідно. Високі значення за цими шкалами свідчать про тенденцію до домінування, дисциплінарного тиску, вимогливості та знецінення автономії дитини, що у поєднанні з емоційною дистанцією та браком довіри створює ризик деструктивного виховання.

Третє місце займає шкала «маленький невдаха» (5,3 бала), що вказує на виражену схильність до інфантилізації дитини, зниження її потенціалу, перебільшення вразливості та недовіри до її самостійних дій. Така позиція, хоча й не має агресивного емоційного забарвлення, також впливає на формування низької самооцінки у підлітка, породжує залежну поведінку та невпевненість у власних силах.

Шкала «симбіоз» з середнім балом 4,9 демонструє помірно виражену емоційну злитість, контрольовану прихильність та прагнення батьків до

постійної близькості з дитиною. Хоча така позиція виглядає як емоційно прийнятна, вона також обмежує формування автономії та психологічної зрілості.

Найменш вираженою виявилась шкала «кооперація» (3,8 бала), яка відображає позитивне батьківське ставлення – співробітництво, підтримку, повагу до інтересів дитини. Її низьке середнє значення може свідчити про недостатню залученість батьків до емоційного світу дитини, дефіцит теплих, приймаючих взаємин.

Стовпчикова діаграма, наведена на рисунку 2.3, відображає порівняльну інтенсивність прояву різних форм батьківського ставлення за результатами тесту Варги – Століна. Найвищі середні значення мають шкали «авторитарна гіперсоціалізація» та «прийняття/відторгнення», що свідчить про переважання жорстких і контролюючих установок, а також емоційної відстороненості у взаємодії з дітьми. Натомість «кооперація» посідає останнє місце, що свідчить про обмежену практику батьківського партнерства, емоційної підтримки й поваги до дитини як до рівноправного суб'єкта стосунків.

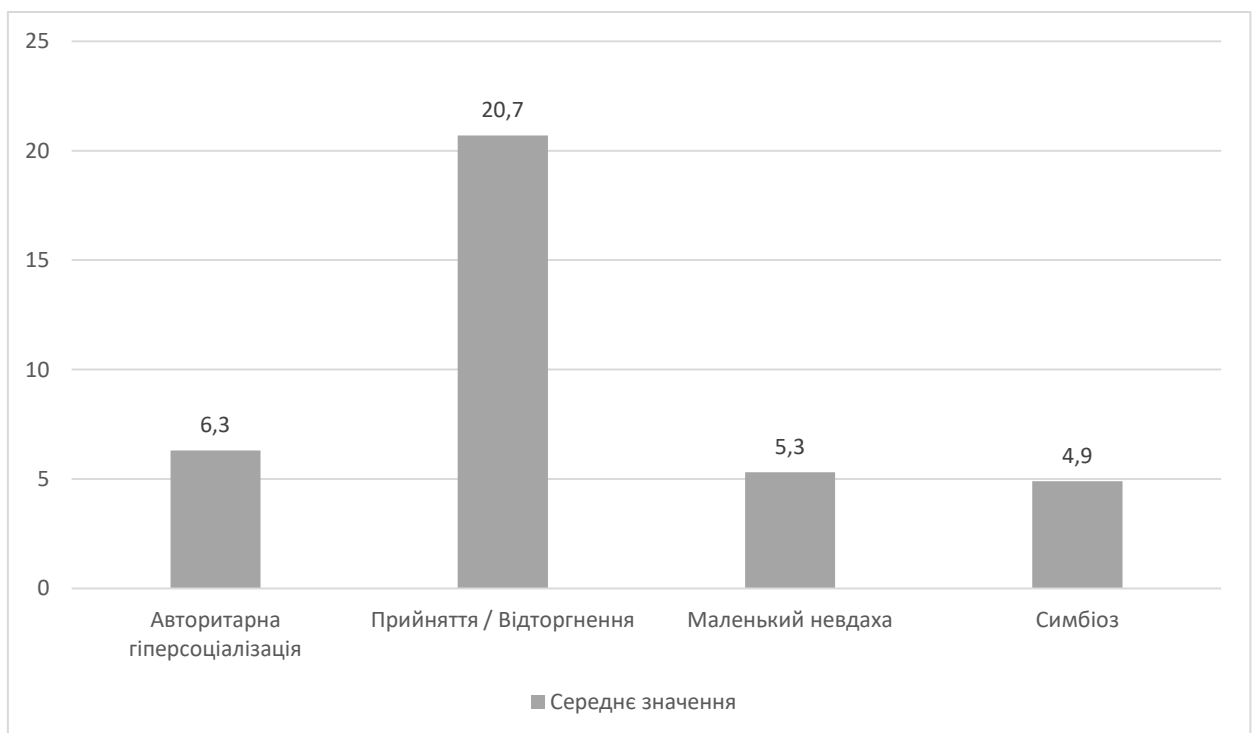


Рис. 2.3. Ранжування типів батьківського ставлення за середніми показниками серед батьків підлітків старшого шкільного віку

Інтерпретація отриманих результатів дозволяє зробити висновок, що домінуючими типами батьківського впливу є жорсткі, регламентовані, контролюючі та емоційно відсторонені форми взаємодії. Найвищі середні бали спостерігаються саме за шкалами, які характеризують підпорядкування, дисциплінарну жорсткість, низьку емоційну відкритість і знецінення ініціативи дитини.

Такі тенденції можуть мати негативні наслідки для формування особистості підлітка, зокрема:

- зниження емоційної безпеки в сімейному середовищі;
- розвиток тривожності, невпевненості у собі, схильності до уникнення досягнень;
- порушення механізмів автономії та самостійності.

Низькі показники за шкалою «кооперація» доповнюють картину дефіциту емоційної підтримки, що, у поєднанні з авторитаризмом і відторгненням, формує ризикову систему виховання з потенційними наслідками у сфері емоційної регуляції, самооцінки й адаптації підлітка до соціального середовища.

Таким чином, результати свідчать про необхідність психолого-педагогічного втручання, спрямованого на підвищення рівня батьківської компетентності, розвиток навичок партнерського спілкування та підтримки психологічної автономії дитини. Важливими є програми, що допомагають батькам усвідомити вплив авторитарних і залежних стратегій на розвиток підлітка та сприяють формуванню більш збалансованих моделей взаємодії.

Отримані в межах емпіричного дослідження кількісні результати були оброблені за допомогою математико-статистичних методів з метою виявлення системних взаємозв'язків між психологічними характеристиками підлітків та особливостями сімейного виховання. Застосування кореляційного аналізу за критерієм Спірмена дозволило з'ясувати, які стилі батьківського ставлення є

найбільш значущими предикторами тривожності, емоційного неблагополуччя та стресового реагування в підлітковому віці.

Для обробки даних використовувалася програма SPSS Statistics 28.0, а вибір коефіцієнта Спірмена був зумовлений природою даних, що не передбачає нормального розподілу вибірки ($n = 43$) та оперує з ранговими шкалами. Було висунуто нульові гіпотези (H_0), згідно з якими між емоційними станами підлітків та стилями батьківського ставлення не існує статистично значущих зв'язків, а також альтернативні гіпотези (H_1), що допускають наявність таких зв'язків.

У ході розрахунків встановлено наявність як прямих, так і зворотних зв'язків, статистична значущість яких оцінювалася на рівнях $p < 0,05$ та $p < 0,01$. Повні результати аналізу подано у таблиці Д.1 (див. Додаток Д).

Показники стилю «кооперація», що охоплюють довірливу, підтримувальну, паритетну модель взаємодії з дитиною, виявили статистично значущі зворотні кореляції з усіма ключовими показниками емоційного неблагополуччя:

- рівнем стресу ($r = -0,280$; $p = 0,0089$),
- реактивною тривожністю ($r = -0,297$; $p = 0,0053$),
- особистісною тривожністю ($r = -0,376$; $p = 0,0004$).

Ці дані свідчать, що за умов підвищеного емоційного контакту, співробітництва та взаємоповаги з боку батьків, діти демонструють нижчі рівні тривожності та емоційної напруги. Усі альтернативні гіпотези H_1 у цих випадках підтверджуються, що свідчить про значний захисний потенціал кооперативного стилю в системі сімейного виховання.

Батьківський стиль, що характеризується високою директивністю, домінуванням та вимогливістю – «авторитарна гіперсоціалізація» – виявив позитивні кореляційні зв'язки з усіма емоційними показниками:

- рівнем стресу ($r = 0,370$; $p = 0,0004$),
- реактивною тривожністю ($r = 0,298$; $p = 0,0053$),
- особистісною тривожністю ($r = 0,256$; $p = 0,0172$).

Отримані значення вказують на те, що стиль виховання, зорієнтований на суворе нормативне регулювання поведінки дитини, суттєво посилює рівень тривожності та загального дистресу в підлітковому віці. Усі альтернативні гіпотези H_1 приймаються.

У межах дослідження також було встановлено статистично значущі прямі кореляції між емоційними порушеннями підлітків та стилем батьківського ставлення, що передбачає інфантилізацію дитини та формування в неї почуття безпорадності:

- рівень стресу ($r = 0,312$; $p = 0,0034$),
- реактивна тривожність ($r = 0,328$; $p = 0,0020$),
- особистісна тривожність ($r = 0,359$; $p = 0,0007$).

Отримані дані дозволяють прийняти всі альтернативні гіпотези та підтверджують, що психологічне заниження дитини з боку батьків сприяє розвитку підвищеної емоційної вразливості та нестійкості.

Результати математико-статистичної обробки даних свідчать про наявність стійких кореляційних залежностей між стилями батьківського ставлення та емоційним станом підлітків. Найбільш виразним позитивним чинником виявилася кооперація, що істотно знижує рівень стресу та тривожності. Натомість стилі «авторитарна гіперсоціалізація» та «маленький невдаха» суттєво підвищують показники емоційного неблагополуччя. Отримані результати мають не лише теоретичну, але й практичну значущість, оскільки створюють емпіричну основу для психокорекційних та психопрофілактичних інтервенцій, орієнтованих на оптимізацію сімейного виховання в підлітковому віці.

Загалом результати аналізу дослідження свідчать про те, що стиль батьківської поведінки має значний вплив на емоційне благополуччя підлітків. У разі негативного впливу цей стиль може стати причиною розвитку та закріплення стресових станів, які, у поєднанні з іншими негативними факторами, можуть призвести до хронічного стресу. Основними ознаками хронічного стресу у підлітків є: підвищений рівень тривожності, що

супроводжується емоційними розладами – зниженням настрою, агресивною поведінкою та песимістичними поглядами на власне майбутнє.

Сімейні стосунки, в яких домінують диктатура, жорсткі санкції та вимоги, є важкими і обтяжливими. У таких сім'ях батьки контролюють дітей, а старше покоління нав'язує свої правила молодшим, не даючи їм можливості проявити ініціативу. Ці відносини часто супроводжуються не лише емоційним, але й фізичним насильством.

Досить поширеними є сімейні стосунки, що базуються на надмірній опіці. Це означає не тільки турботу про членів родини, а й зайву опіку, яка заважає покращенню стосунків. Надмірна турбота може бути згубною для дітей, які виростають абсолютно неготовими до життєвих викликів.

На протилежному полюсі знаходяться сімейні стосунки з повним невтручанням. У таких випадках батьки і діти не звертають уваги на можливості поліпшення своїх взаємин. Це призводить до пасивності і байдужості старшого покоління до молодшого, а також до відсутності мудрості у батьків.

Оптимальними є стосунки, засновані на взаємодопомозі, вмінні слухати і розуміти один одного, допомагати та аналізувати конфліктні ситуації як для дорослих, так і для дітей. У таких відносинах відкидається егоїзм і формується здатність досягати компромісів.

2.5. Рекомендації для батьків і фахівців щодо підтримки підлітків з психосоматичними розладами

Подолання психосоматичних розладів в підлітковому віці значною мірою залежить від урахування фізичних, соціальних і психоемоційних особливостей розвитку особистості. Ключовим фактором є створення сприятливого середовища, що передбачає як міжособистісну взаємодію

підлітка з оточенням, так і конструктивну підтримку з боку батьків. Стиль виховання, рівень емоційної залученості та здатність дорослих до емпатії мають суттєвий вплив на зниження тривожності та зменшення проявів стресу у підлітків [12, с.124–125].

Для налагодження ефективної взаємодії дорослих з дітьми в темі психічного здоров'я доцільно обирати природні, невимушені ситуації спілкування, використовувати просту лексику, уникати тиску та деперсоналізувати обговорення складних тем. Досвід показує, що діти охочіше реагують на гіпотетичні ситуації або розповіді про вигаданих персонажів. Короткі діалоги у спокійній атмосфері можуть стати основою для формування довіри та відкритості у спілкуванні.

За даними ВООЗ, понад 20% дітей і підлітків страждають від психоемоційних розладів, а в Україні ця цифра зростає через вплив воєнних дій, втрат і розлуки з близькими. У таких обставинах особливо важливою є стабільність сімейних стосунків і системна психологічна підтримка з боку дорослих [5].

До зовнішніх ресурсів психоемоційного здоров'я належать якісна соціальна підтримка та дієва участь батьків у житті дитини. Водночас важливим є розвиток внутрішніх ресурсів особистості, серед яких дослідники (Е. Ейдемільер, Д. Леві, Т. Чернова, В. Юстицькіс) виділяють адекватну самооцінку, емпатійність, афіліативність, оптимістичний світогляд та інтернальний локус контролю.

Профілактика психосоматичних розладів у підлітків повинна включати просвітницьку роботу в освітньому середовищі, інформування батьків про особливості психоемоційного стану їхніх дітей, а також створення умов для відкритої комунікації. Позитивний вплив справляють заняття, орієнтовані на формування навичок саморегуляції, активне залучення до здорового способу життя та взаємодії в безпечному соціальному середовищі [4, с.14–16].

Серед методів психотерапевтичної допомоги слід відзначити арт-терапію, тілесно орієнтовану психотерапію, когнітивно-поведінкову терапію,

а також зоотерапію, зокрема каністерапію, іпотерапію та дельфінотерапію. Ці підходи забезпечують не лише емоційне розвантаження, а й сприяють формуванню позитивних соціальних моделей поведінки.

Особливої уваги заслуговує інтерактивна робота з батьками та підлітками, що включає програвання життєвих ситуацій, обговорення проблем у групі, розвиток навичок активного слухання та ефективної комунікації. Такі заходи ґрунтуються на механізмах проєкції та емоційної підтримки в групі.

Комплексна взаємодія підлітка з батьками, вчителями, психологами та іншими значущими дорослими має бути спрямована на створення ресурсного простору, у якому можливе відновлення емоційної рівноваги та формування навичок подолання стресу. Тривожні розлади, розлад дефіциту уваги та гіперактивності, порушення харчування, депресія, інші розлади настрою, посттравматичний стресовий розлад та шизофренія є поширеними психічними розладами серед дітей. Для дитини, яка проходить лікування від психічного розладу, важливо усвідомлювати, що вона не одна у своїх переживаннях і що батьки готові підтримати її. Відчуття безпеки та підтримки є основними для покращення її стану, і ці емоції діти отримують завдяки близьким людям поруч [3, с.173].

Фізичний контакт, як-от ніжні дотики та обійми, також має велике значення. Щоб підтримати дитину з психічним захворюванням, необхідно виділяти їй достатньо часу. Корисно створити певний ритм спільних занять, враховуючи вік і інтереси дитини, наприклад, можна встановити традицію разом читати казки, готувати вечерю, гуляти або кататися на велосипеді.

Слухайте дитину уважно. Дитині важливо знати, що вона може відкрито говорити про свої почуття та переживання. Батькам може бути непросто слухати про важкі моменти з життя дитини, адже це може викликати у них сильні емоції. Тому важливо, щоб і батьки отримували необхідну підтримку [25].

Дітям не завжди легко розпочати розмову про свої психічні проблеми. Часто вони говорять про свої переживання під час спільної діяльності, неначе

«між іншим». Саме тому важливо мати спільні заняття, щоб дитина могла поділитися своїми думками. Іноді згадка про досвід інших дітей з подібними труднощами може стати хорошим стартом для розмови. Дитині важливо не тільки отримувати підтримку, але й зрозуміти свій складний досвід. Тому батькам варто пояснювати реакції дитини на стрес та навколишній світ, запевняючи, що такі реакції є нормальними [2, с.19-20].

Коли діти зіштовхуються з важкими подіями або втратою, у них виникає безліч запитань про життя і смерть, а також про причини поганих вчинків людей. Важливо не уникати цих запитів і давати чесні відповіді, навіть якщо не на всі питання є готові відповіді.

Також варто пояснювати дитині ваші плани та наступні кроки. Це створює відчуття безпеки і надії. Скажіть їй, що після початку лікування вона зможе відновити спокій і покращити якість сну, а також знову насолоджуватиметься приємними снами.

Без професійної підтримки психічні розлади можуть серйозно вплинути на функціонування та розвиток дитини, викликаючи негативні наслідки в різних сферах її життя. Завдяки психотерапії діти та підлітки на початковому етапі вчаться справлятися зі своїми симптомами психічного захворювання.

Важливо, щоб батьки стали підтримкою для своєї дитини чи підлітка в цьому процесі. Співпраця з фахівцями є ключовою. Ефективність терапії значною мірою залежить від того, наскільки всі учасники – дитина, батьки та терапевт – працюватимуть у тісній команді [5, с. 55-56].

Якщо батьки відчувають, що їм важко через ситуацію з дитиною, важливо, щоб вони не соромились звертатися за допомогою до психотерапевта або групи підтримки для батьків, чиї діти проходять лікування психічних розладів. Батьки дітей з психічними захворюваннями можуть отримати безкоштовну професійну допомогу в спеціалізованих центрах.

Психосоматичні розлади у підлітків є серйозною проблемою, яка потребує комплексного підходу до діагностики та лікування. Вони характеризуються фізичними симптомами, які не можуть бути пояснені

медичними умовами, але мають психологічне походження. У зв'язку з цим, важливо, щоб батьки та фахівці співпрацювали для забезпечення оптимальної підтримки підлітків, що страждають на ці розлади.

Батькам слід створити атмосферу відкритості та довіри, заохочуючи підлітка ділитися своїми переживаннями та емоціями. Важливо навчити підлітка розпізнавати та усвідомлювати свої почуття, що може допомогти у виявленні зв'язку між емоційним станом і фізичними симптомами. Фахівці можуть проводити тренінги з емоційної грамотності, допомагаючи підліткам розвивати навички саморегуляції.

При виникненні психосоматичних симптомів необхідно провести всебічне медичне обстеження для виключення органічних причин. Важливо залучати фахівців з різних галузей: педіатрів, психотерапевтів, психологів та інших медичних працівників. Мультидисциплінарний підхід дозволяє врахувати всі аспекти здоров'я підлітка та розробити індивідуальний план лікування.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з найбільш ефективних методів лікування психосоматичних розладів. Батьки повинні підтримувати участь підлітка у терапевтичних сесіях і заохочувати його до активного співробітництва з терапевтом. КПТ допомагає змінити негативні моделі мислення та поведінки, що можуть сприяти розвитку фізичних симптомів. Підлітки часто зіштовхуються зі стресовими ситуаціями, які можуть сприяти загостренню психосоматичних розладів. Батькам і фахівцям слід навчати підлітків технік управління стресом, таких як медитація, йога або дихальні вправи. Ці методи можуть допомогти зменшити рівень тривожності та поліпшити загальний стан здоров'я.

Соціальна ізоляція може погіршити стан підлітків з психосоматичними розладами. Батькам рекомендується заохочувати участь у групових заходах, хобі або спортивних секціях, що сприятиме розвитку соціальних навичок і зміцненню міжособистісних зв'язків. Фахівці можуть організовувати групові

терапії, де підлітки зможуть ділитися досвідом і отримувати підтримку однолітків.

Збалансований режим дня, що включає регулярний сон, фізичну активність та здорове харчування, є критично важливим для підтримки психічного і фізичного здоров'я підлітка. Батькам слід контролювати раціон харчування та заохочувати активний спосіб життя, що може позитивно вплинути на стан підлітка.

Психічне захворювання дитини може змінити повсякденне життя сім'ї. Адаптація до цих змін може бути складною. Тому дитина особливо потребує підтримки дорослих для того, щоб якомога швидше повернутися до звичного ритму життя, відновити навчання та участь у гуртках. Іноді страхи та песимізм можуть заважати цьому процесу, тому важливо долати їх разом. Допоможіть дитині заповнити її дні корисними та приємними заняттями. Не забувайте, що наявність психічного захворювання не скасовує правил і обов'язків у родині. Наприклад, якщо ви помічаєте, що дитина постійно грає в комп'ютерні ігри, варто звернути на це увагу.

Системний підхід до підтримки підлітків з психосоматичними розладами є запорукою успішного лікування та покращення якості їхнього життя. Співпраця між батьками, фахівцями та самими підлітками дозволяє створити ефективну модель підтримки, яка враховує всі аспекти їхнього розвитку і благополуччя.

Висновки до другого розділу

У другому розділі представлено емпіричне дослідження, присвячене вивченню впливу сімейної взаємодії на емоційний стан підлітків у контексті психосоматичних порушень. Дані, отримані за методикою А. Уессмана і Д.

Рікса, засвідчили емоційну неоднорідність вибірки: поряд із середнім рівнем емоційної стабільності спостерігаються випадки зниженого спокою, енергійності та впевненості, що вказує на ризик емоційного виснаження.

Результати методики К. Ізарда виявили поєднання позитивних і виражено негативних емоцій, зокрема тривожно-депресивних, що посилює вразливість до психосоматичних проявів. Опитування батьків показало домінування стилів виховання, пов'язаних із контролем і відторгненням, тоді як стиль кооперації виявився найменш вираженим. Це свідчить про дефіцит емоційної підтримки у сімейному середовищі.

Кореляційний аналіз підтвердив, що партнерське батьківське ставлення знижує рівень тривожності й стресу в підлітків, тоді як авторитаризм та інфантилізація посилюють емоційну нестабільність. Таким чином, характер взаємодії в родині відіграє ключову роль у формуванні емоційного благополуччя підлітка й може бути критичним фактором розвитку або профілактики психосоматичних розладів.

ВИСНОВКИ

Вплив сімейних відносин на розвиток психосоматичних розладів у підлітків є складним і багатогранним явищем, яке потребує всебічного аналізу. Сім'я виступає не лише як первинне соціальне середовище, але й як основний фактор, що формує емоційний та психологічний стан дитини. Взаємодії між членами сім'ї, стиль виховання, емоційна підтримка або її відсутність можуть суттєво впливати на психічне здоров'я підлітка, формуючи як позитивні, так і негативні моделі поведінки.

Для запобігання та подолання хронічного стресу у підлітків важливо усвідомлювати фактори, які сприяють його виникненню, а також умови, що допомагають у його подоланні. У попередньому теоретичному та емпіричному аналізі було акцентовано на впливі сімейного виховання та поведінки батьків на розвиток і прояв хронічного стресу у підлітків.

Дослідження показують, що підлітки, які зростають у сім'ях з гармонійними відносинами, мають менший ризик розвитку психосоматичних розладів. У таких сім'ях панує атмосфера довіри, відкритості та емоційної підтримки, що дозволяє підліткам вільно висловлювати свої переживання та емоції. Це, у свою чергу, сприяє розвитку їхньої емоційної грамотності та здатності до саморегуляції. Відсутність конфліктів і стресових ситуацій у сім'ї допомагає знизити рівень тривожності та депресії у підлітків, що є важливими факторами для запобігання психосоматичним розладам.

На противагу цьому, сім'ї з високим рівнем конфліктності, емоційної дистанції або жорсткого контролю можуть стати каталізаторами для розвитку психосоматичних симптомів у підлітків. У таких умовах діти часто відчують невпевненість у собі, тривогу та страхи, які можуть трансформуватися у фізичні симптоми. Наприклад, постійний стрес від конфліктів між батьками може призвести до головних болів, проблем з травленням чи інших соматичних проявів. Дослідження також вказують на те, що підлітки, які

зазнають емоційного або фізичного насильства в сім'ї, мають значно вищий ризик розвитку психосоматичних розладів.

Крім того, стиль виховання має вирішальне значення у формуванні психічного здоров'я підлітків. Авторитарний стиль виховання, який характеризується високими вимогами та низьким рівнем підтримки, може призвести до відчуття безвиході та беспорядності у дітей. Вони можуть почати проявляти свої внутрішні переживання через фізичні симптоми, оскільки не мають можливості відкрито висловити свої почуття. У той же час, надмірна опіка та контроль можуть обмежувати розвиток самостійності у підлітків, що також може сприяти виникненню психосоматичних розладів.

Не менш важливим є і питання комунікації в сім'ї. Відкритий діалог між батьками та дітьми сприяє кращому розумінню потреб і переживань підлітків. Коли батьки активно слухають своїх дітей і реагують на їхні емоції адекватно, це створює безпечне середовище для вираження почуттів. Навпаки, якщо комунікація обмежена або відбувається лише в односторонньому порядку, підлітки можуть відчувати себе ізольованими і непочутими, що може призвести до виникнення психосоматичних розладів.

Теоретичний аналіз і проведене нами емпіричне дослідження підтвердили, що стосунки між дітьми та батьками мають істотний вплив не лише на виникнення та закріплення стресу, але й на його профілактику та подолання. У зв'язку з цим ми розробили ряд рекомендацій батькам та вчителям які допоможуть подолати хронічний стрес у підлітків. Ці поради базуються на системно-динамічному підході, включають елементи особистісного розвитку, генетичного моделювання, психоаналізу, біхевіоралізму та гуманізму, враховуючи особливості стилю виховання та поведінки батьків у їхній взаємодії з дітьми.

Дані дослідження свідчать про існування прямого зв'язку між рівнем стресу у підлітків та їх поведінковими стратегіями, а також ставленням батьків. Високий рівень директивного і ворожого ставлення з боку обох батьків, а також байдужість або відсутність активного втручання з боку батька,

разом із непослідовністю у вихованні, особливо з боку матері, можуть призводити до конфліктів і непорозуміннь у відносинах між батьками і дітьми, а також в цілому в сім'ї. Це, своєю чергою, стає додатковим фактором ускладнення соціальної ситуації підліткового віку і може викликати психосоматичні розлади, а також призводити до хронізації стресових розладів. Отже, підтверджується, що стиль батьківського виховання – ворожість, директивність, байдужість і непослідовність – є чинниками, що сприяють розвитку хронічного стресу у підлітків. Натомість, позитивне і доброзичливе ставлення, розуміння та підтримка з боку батьків, а також високий рівень їх суб'єктивного контролю і конструктивна поведінка сприяють подоланню стресу.

Основна увага при розробці рекомендацій була зосереджена на вивченні батьківських технік поведінки під час взаємодії з дітьми та формуванні навичок модифікації їхньої поведінки. Ми також акцентували увагу на емоційному прийнятті дитини батьками, їхньому розумінні, щирості та природності в прояві емоцій, а також на здатності використовувати різноманітні комунікативні засоби, включаючи невербальні.

Л. В. Виготський підкреслював єдність психофізіологічних процесів у людському організмі, наголошуючи на важливості психічного аспекту. Тому ми враховували концепції цілісності особистості та психосоматичної єдності психофізіологічних процесів, що відбуваються в організмі, а також різноманітні соціально-психологічні впливи зовнішнього середовища, зокрема стиль сімейного виховання та поведінку батьків.

При створенні рекомендацій ми враховували, те, що вони мають бути спрямовані на встановлення позитивної взаємодії між батьками та підлітками, а також на розвиток системи позитивної комунікації і самоорганізації в дитячо-батьківських відносинах. Важливим аспектом для визначення комплексу заходів профілактики є розуміння стресу як суб'єктивної «внутрішньої» позиції підлітків щодо позитивного самосприйняття та різних аспектів їхнього життя, включаючи ставлення до себе, до інших і до життєвих

вимог. Це є необхідною складовою формування адаптаційних механізмів подолання стресу.

Підсумовуючи можемо зробити висновок, що сімейні відносини є одним з ключових факторів, що впливають на розвиток психосоматичних розладів у підлітків. Гармонійні сімейні стосунки сприяють емоційному благополуччю та психологічній стійкості молоді, тоді як конфлікти, жорсткість виховання та недостатня комунікація можуть стати причинами серйозних проблем зі здоров'ям. Розуміння цього зв'язку є важливим для фахівців у сфері психології та медицини, а також для батьків, які прагнуть забезпечити своїм дітям здорове і щасливе дитинство. Тому необхідно приділяти увагу не лише фізичному здоров'ю підлітків, але й їхньому емоційному стану в контексті сімейних відносин.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Алексеєнко С. Д. Взаємозалежність акцентуації характеру та професійних уподобань підлітків: Педагогіка вищ. та серед. шк.: зб. наук. пр. 2010. Вип. 29. С. 225-230.
2. Анопрієнко О. В. Стиль батьківської поведінки як детермінанта виникнення та подолання тривожності у підлітковому віці. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України / За ред. С. Д. Максименка. Т XIII., Ч. 6. – К., 2011. – 472 с. – С.17-24.
3. Анопрієнко О. В. Сім'я як чинник виникнення психоемоційних порушень підлітків: Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 12. – Вип. 37 (61). Київ. 2012. 355 с. С. 171-174.
4. Анопрієнко О. В. Чинники виникнення хронічного стресу у підлітків хворих на онкологічні захворювання. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка Національної АПН України. Проблеми загальної та педагогічної психології Том. За редакцією академіка С.Д.Максименка. Київ. 2012. С.13 - 19.
5. Анопрієнко О. В. Порушення дитячо-батьківських взаємин як чинник виникнення хронічного стресу у підлітків. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 12. Вип. 43 (67). Київ. 2014. – С. 52-59.
6. Анопрієнко О. В. Стосунки у сім'ї як чинник виникнення хронічного стресу в підлітковому віці. Міжнародний науковий форум: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент: збірник наукових праць/ Ред. кол.: Євтух В.Б. (гол. ред.). Київ: ТОВ «НВП «Інтерсервіс», 2015. Вип.19-20. . С.214-225.
7. Анопрієнко О. В. Постравматичний стресовий розлад у дітей підліткового віку із зони АТО/ О.В. Анопрієнко// Збірник тезисів III-я Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання та перспективи розвитку медичної допомоги і соціальних

послуг підліткам та молоді на принципах «дружнього підходу» в Україні». Київ, 2016. – С. – 60-61.

8. Анопрієнко О. В. Стиль батьківської поведінки як детермінанта хронічного стресу у підлітків. III міжнародна науковопрактична конференція «Генеza буття особистості». Київ: ДП «Інформаційноаналітичне агенство». 2017. – С. 59-60.

9. Боришевський М. Й. Самосвідомість особистості як детермінанта її взаємодії з суспільством. Шлях освіти. 2010. № 4. – С. 12-14.

10. Боришевський М. Й. Особистість у вимірах самосвідомості: монографія. Київ.: Еллада, 2012. – 608 с.

11. Бохонкова Ю. Можливості корекції особистісних чинників соціальнопсихологічної адаптації. Соціальна психологія. 2005. № 2. С. 45-54.

12. Вавілова А.С. Вплив стилів батьківського виховання на рівень тривожності молодших школярів. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія, Том 32 (71) № 2 2021. С.123-127

13. Григор'єв А.Й., Завіна В.І. Психолого-педагогічна діагностика. К.: Преса України, 2005. 448 с.

14. Грицик О. Ю. Історія становлення психосоматики як напряму науки. Архіваріус. 2020. №7 (52). URL: [https://cyberleninka.ru/article/n/istoriyastanovleniya-psihsomatiki-kak-npravleniya-nauki](https://cyberleninka.ru/article/n/istoriyastanovleniya-psihsomatiki-kak-napravleniya-nauki)

15. Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: наук.-метод. зб.: Вип. 11. Т.1 К.:Наук. світ, 2009. 308 с.

16. Дороніна Т. О. Гендерна чутливість. Енциклопедія прав людини: соціальнопедагогічний аспект. Житомир: Волинь. 2014. С. 142–145.

17. Дуткевич Т. В. Загальна психологія. Теоретичний курс: навч. посіб. Київ: ЦУЛ, 2018. 388 с.

18. Єременко І.Г. Наукові основи корекційно-виховної роботи в допоміжній школі: Методичний лист. К.: Рад. школа, 1970. 51 с.

19. Інклюзивний підхід як основа освіти для всіх дітей. / За матеріалами Всеукраїнського фонду «Крок за кроком». Завуч № 2. 2008. 234 с.
20. Корчова Г. Л. Роль сім'ї у формуванні сексуальної культуристаршокласників. Практична психологія та соціальна робота. 2007. № 3. С. 17-20.
21. Кочарян О.С. Емоційна зрілість особистості: дослідження феномену. Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В.О. Сухомлинського: збірник наукових праць / за ред. С.Д. Максименка, Н.О. 55 Євдокимової. Т.2. Вип. 9. Миколаїв: МНУ імені В.О. Сухомлинського, 2012. С.140-144.
22. Колупаєва А. А. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наукових праць. К.: Університет "Україна", 2004. 448 с.
23. Корекційна психопедагогіка (Олігофренопедагогіка) : навчальнометодичний посібник / укл. О.В. Гаяш. Ужгород, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 2021. 255 с.
24. КоткоТ.П. Психокорекційнадіяльність практичного психолога з формування сприятливого психічного клімату в колективі школярів. Педагогіка і психологія. 2002. № 1-2 . С. 163-169.
25. Крутікова О. О. Стосунки з матір'ю як чинник конституювання жіночої ідентичності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історіяпсихології» Південноукр. нац. пед. ун-т ім. К. Д. Ушинського. Одеса, 2010. 20 с.
26. Кузікова С. Б. Теорія і практика вікової психокорекції. Суми: ВТД «Університетська книга», 2006. 384 с.
27. Максименко С.Д. Загальна психологія. К. : МАУП, 2000. 256 с.
28. Миронова С. П. Основи корекційної педагогіки. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. 264 с.

29. Смілянець О. Корекція девіантної поведінки підлітків засобами арттерапії. Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України; за ред. академіка С. Д. Максименка. Київ, 2019. 99 с.
30. Співаковська А. С. Психотерапія: гра, дитинство, родина. Том 2. Миколаїв : ТОВ Квітень Прес, ЗАТ Вид-во ЕКСМ. 2020. С. 113.
31. Столярчук О. А. Психологія сучасної сім'ї : навч. посіб. Кременчук: ПП Щербатих О. В., 2015. 136 с. 95. Ушакова І. Психології сім'ї: конспект лекцій. Харків: НУЦЗУ, 2019. 90 с.
32. Путівник для батьків дітей з особливими освітніми потребами. К.: ТОВ ВПЦ «Літопис-XX». 2010.
33. Хавула Р. Психологічний аналіз ціннісних орієнтирів у юнацькому віці. Збірник наукових праць молодих вчених Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. 2012. № 1. С. 231–237.
34. Хомуленко Т. Б. Вплив батьківського відношення на особливості пізнавального інтересу молодших школярів. Вісник ХНПУ. Серія «Психологія», 2007. № 28. С. 172-179.
35. Adolescent mental health. World Health Organization (WHO), website publication, 28 september 2020 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
36. Behavioural activation therapy for depression in adults with noncommunicable diseases. / article / august 2020 / Uphoff E., Ekers D., Robertson L., Dawson S., Sanger E., South E., Samaan Z., Richards D., Meader N., Churchill R.
37. Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. / article / october 2013 / Shinohara K., Honyashiki M., Imai H., Hunot V., Caldwell M., Davies P., Moore T., Churchill R.
38. Bitsko RH, Holbrook JR, Ghandour RM, Blumberg SJ, Visser SN, Perou R, Walkup J. Epidemiology and impact of healthcare provider diagnosed anxiety and depression among US children. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. Published online before print April 24, 2018

39. Cree RA, Bitsko RH, Robinson LR, Holbrook JR, Danielson ML, Smith DS, Kaminski JW, Kenney MK, Peacock G. Health care, family, and community factors associated with mental, behavioral, and developmental disorders and poverty among children aged 2–8 years – United States, 2016. *MMWR*, 2018

40. Cole M. On putting Humpty Dumpty together again: A discussion of the papers on socialization of children`s cognition and emotion. *MerillPalmer Quarterly*/ 1991/ p.37

41. Dance movement therapy for depression. / article / february 2015 / Meekums B., Karkou V., Nelson A.

42. Differences in the manifestations of depression in young people. A study of French high school students part 1./ Article in *European Child & Adolescent psychiatry*/ July 1992/ D. Bailly, R. Beuscart, c. Collinet, J. Y. Alexandre, Ph. Parquet.)

43. Music therapy for depression. / article / November 2017 / Aalbers S., Fusar – Poli L., Freeman R., Spreen M., CF KET J., Vink A., Maratos A., Crawford M., Gold C.

44. Short-term outcome of major depression 2: Life, Events, Family dysfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder./ article/ *Journal of the American Academy of child & Adolescent psychiatry*./ Ian M. Goodyer M.D., F.R.C. PSYCH/, J. Herbert M.B., PH.D., A. Tamplin PH.D., S.M. Secher, B.A., J. Pearson B.A./ 1989, 1991, 1997/ p. 477 – 480.

ДОДАТКИ

Додаток А

**Індивідуальні показники за методикою А. Уессмана і Д. Рікса
(підлітки, N=43)**

Таблиця А.1

№	І1 (Спокій – тривожність)	І2 (Енергійність – втома)	І3 (Піднесеність – пригніченість)	І4 (Впевненість – безпорадність)	І5 (Сума)
1	7	4	6	8	25
2	5	5	6	5	21
3	3	3	2	3	11
4	6	6	7	6	25
5	4	5	5	4	18
6	2	3	3	2	10
7	5	6	6	5	22
8	6	7	6	6	25
9	1	2	3	1	7
10	7	5	6	7	25
11	4	5	5	4	18
12	5	4	6	5	20
13	6	6	6	6	24
14	3	4	4	3	14
15	2	3	3	2	10
16	5	5	6	5	21
17	4	5	4	4	17
18	6	7	6	7	26
19	5	5	5	5	20
20	3	4	3	4	14
21	6	6	7	6	25
22	2	3	3	2	10
23	5	4	5	5	19
24	7	6	7	7	27
25	4	5	5	4	18
26	3	3	4	3	13
27	6	6	5	6	23
28	5	4	5	5	19
29	2	2	3	2	9
30	4	5	5	4	18
31	5	6	6	5	22
32	6	7	7	7	27
33	3	4	3	3	13

34	4	4	4	4	16
35	6	6	6	6	24
36	5	5	5	5	20
37	3	4	3	3	13
38	6	5	5	6	22
39	5	5	6	5	21
40	4	4	4	4	16
41	2	2	2	2	8
42	7	6	6	6	25
43	3	4	3	3	13

Додаток Б

Бланк 1.4. Шкала диференціальних емоцій

Інструкція. Перед вами список прикметників, які характеризують різні відтінки різних емоційних переживань людини. Праворуч від кожного прикметника розташований ряд цифр – від 1 до 5, що відповідає по наростанню різної міри вираженості цього переживання. Ми просимо вас оцінити, наскільки кожне з перерахованих переживань властиво вам в даний момент часу, закресливши відповідну цифру. Не замислюйтеся довго над вибором відповіді: найбільш точним зазвичай виявляється ваше перше відчуття!

Ваші можливі оцінки: 1 – переживання повністю відсутні; 2 – переживання виражене трохи; 3 – переживання виражене помірно; 4 – переживання виражене сильно; 5 – переживання виражене в максимальному ступені.

1	1	Уважний Сконцентрований Зібраний	12345
	2		12345
	3		12345
2	4	Стан насолоди Щасливий Радісний	12345
	5		12345
	6		12345
3	7	Здивований Вражений Шокований	12345
	8		12345
	9		12345
4	10	Похмурий Сумний Зломлений	12345
	11		12345
	12		12345
5	13	Оскаженілий Гнівний Лютий	12345
	14		12345
	15		12345
6	16	Відчуваю неприязнь Відчуваю відразу Відчуваю огиду	12345
	17		12345
	18		12345
7	19	Презирливий Зневажливий Гордовитий	12345
	20		12345
	21		12345
8	22	Зляканий Боязливий Стан паніки	12345
	23		12345
	24		12345

9	25	Сором'язливий	12345
	26	Боязкий	12345
	27	Конфузливий	12345
10	28	Стан жалю	12345
	29	Винуватий	12345
	30	Стан розкаяння	12345

Індекс позитивних емоцій _____

Індекс гострих негативних емоцій _____

Індекс тривожно-депресивних проявів _____

Додаток В

Індивідуальні результати за інтегральними шкалами методики К.

Ізарда

Таблиця В.1

№	ІПЕ	ІГНЕ	ІТДЕ
1	24	28	20
2	31	19	17
3	22	26	21
4	29	30	24
5	27	23	16
6	18	34	28
7	25	21	20
8	33	17	15
9	30	26	18
10	21	29	23
11	20	32	22
12	19	33	27
13	23	25	20
14	26	30	19
15	35	20	14
16	32	18	17
17	24	31	25
18	27	27	24
19	28	28	20
20	22	24	15
21	31	19	13
22	30	22	19
23	33	16	12
24	26	20	16
25	29	21	17
26	34	19	14
27	25	26	20
28	21	30	26
29	20	35	29
30	19	36	30
31	28	27	22
32	23	29	24
33	27	25	21
34	31	18	12
35	24	24	18
36	32	20	14
37	30	22	17
38	28	28	19
39	26	31	25

40	19	33	27
41	21	29	23
42	35	17	13
43	33	18	12

1. ІПЕ (індекс позитивних емоцій) – сума балів за емоціями: інтерес, радість, здивування

2. ІГНЕ (індекс гострих негативних емоцій) – сума балів за емоціями: горе, гнів, відраза, презирство

3. ІТДЕ (індекс тривожно-депресивних емоцій) – сума балів за емоціями: страх, сором, провина

Додаток Г

**Індивідуальні показники батьківського ставлення за п'ятьма
шкалами (n = 43)**

Таблиця Г.1

№	Прийняття/Відторгнення	Кооперація	Симбіоз	Авторитаризм	Маленький невдаха
1	16	6	4	6	5
2	18	5	5	5	4
3	21	4	6	7	6
4	20	3	6	6	6
5	14	5	3	7	4
6	22	2	4	6	5
7	23	3	5	6	6
8	19	4	6	7	7
9	25	2	5	6	4
10	24	3	5	5	6
11	15	6	4	7	6
12	17	5	3	6	5
13	20	3	6	5	6
14	21	2	4	7	5
15	19	3	5	6	5
16	22	4	6	6	6
17	18	3	5	7	7
18	23	4	5	6	6
19	20	3	4	7	5
20	24	2	6	6	6
21	21	4	5	6	5
22	22	3	5	7	5
23	23	2	4	6	6
24	20	5	3	6	5
25	21	4	5	7	4
26	19	5	4	6	5
27	17	6	4	5	5
28	16	5	5	6	6
29	24	3	6	7	6
30	25	2	5	6	7
31	22	3	4	6	5
32	20	4	5	7	6
33	23	2	6	6	6
34	21	3	5	5	5
35	19	4	5	6	4
36	20	3	6	7	6
37	22	2	5	6	5
38	18	4	4	6	5

39	21	3	5	7	6
40	23	2	6	6	6
41	22	4	4	7	5
42	20	3	5	6	6
43	19	5	4	6	5

Додаток Д

Кореляційні зв'язки між показниками емоційного стану підлітків та стилями батьківського ставлення (коефіцієнт Спірмена, n = 43)

Таблиця Д.1

Показники емоційного стану підлітків	Тип батьківського ставлення	Коефіцієнт кореляції (r)	Рівень значущості (p)
Рівень стресу	Кооперація	-0,280	0,0089
Реактивна тривожність	Кооперація	-0,297	0,0053
Особистісна тривожність	Кооперація	-0,376	0,0004
Рівень стресу	Авторитарна гіперсоціалізація	0,370	0,0004
Реактивна тривожність	Авторитарна гіперсоціалізація	0,298	0,0053
Особистісна тривожність	Авторитарна гіперсоціалізація	0,256	0,0172
Рівень стресу	Маленький невдаха	0,312	0,0034
Реактивна тривожність	Маленький невдаха	0,328	0,0020
Особистісна тривожність	Маленький невдаха	0,359	0,0007