

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**на тему: ВПЛИВ СТРЕСУ НА ПЕРЕБІГ СОМАТИЧНОГО СТАНУ
ХВОРИХ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**

Виконав: студент II курсу,
групи 8.0532-2-з
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Муха Віталій Леонідович
Керівник: к.психол.н., доцент кафедри
психології Малина О. Г.
Рецензент: Губа Н.О., к.психол.н.,
доцент, завідувач кафедри психології

Запоріжжя, 2023

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« ____ » _____ 2023 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Мухи Віталія Леонідовича

Тема роботи: Вплив стреса на перебіг соматичного стану хворих з психосоматичними розладами

керівник роботи: Малина О. Г. к.психол.н., доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «26» 09 2023 року № 1504-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи: аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: розглянути стрес як психогенний чинник розвитку психосоматичних розладів; розглянути методи визначення рівня стресу у картині хвороби різних нозологічних груп психосоматичних хворих; обґрунтувати необхідність надання психологічної підтримки та консультативної роботи з пацієнтами, які перенесли інфаркт та інсульт.

5. Перелік графічного матеріалу: 1 рисунок, 4 таблиці.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Малина О. Г., доцент		
Розділ 1	Малина О. Г., доцент		
Розділ 2	Малина О. Г., доцент		
Розділ 3	Малина О. Г., доцент		
Висновки	Малина О. Г., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-березень 2023 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2023 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2023 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	червень-липень 2023 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	вересень 2023 р.	Виконано
6	Написання висновків	жовтень 2023 р.	Виконано
7	Передзахист	листопад 2023 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2023 р.	Виконано

Студент _____ В. Л Муха

Керівник роботи _____ О. Г. Малина

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 59 с., 4 таблиці, 1 рисунок, 68 джерел.

Об'єкт: стрес як чинник патогенезу психосоматичних розладів.

Предмет: особливості впливу різних типів стресу на перебіг соматичного стану хворих з психосоматичними розладами.

Мета: дослідити особливості перебігу соматичного стану хворих з психосоматичними розладами під дією різних типів стресу.

Гіпотези:

1. Вплив стресу на перебіг соматичного стану хворих з психосоматичними розладами ускладнює процес одужання та відновлення психосоматичних функцій.

Методи дослідження: теоретичні (теоретичний і порівняльний аналіз психолого-педагогічної літератури); емпіричні (спостереження; бесіда; тестування).

Наукова новизна роботи полягає типи стресу під час війни і особливості їх впливу на перебіг психосоматичних розладів.

Отримані в результаті дослідження, можуть застосовуватися медичними психологами і працівниками психологічних служб в організації консультативної, психопрофілактичної і психокорекційної роботи з людьми які пережили стрес під час війни.

СТРЕСС, ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ, СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ, СОМАТИЧНИЙ СТАН, ВПЛИВ СТРЕСУ.

SUMMARY

Mukha V. L. The impact of stress on the course of the somatic condition in patients with psychosomatic disorders.

Master's qualification work: 54 pages, 4 tables, 68 sources, 1 illustration.

The research object: stress as a factor in the pathogenesis of psychosomatic disorders.

The research subject: features of the impact of different types of stress on the course of the somatic state of patients with psychosomatic disorders.

To investigate the features of the course of the somatic condition in patients with psychosomatic disorders under the influence of various types of stress.

Hypotheses:

The impact of stress on the course of the somatic condition in patients with psychosomatic disorders complicates the process of recovery and the restoration of psychosomatic functions.

Research methods: theoretical (theoretical and comparative analysis of psychological and pedagogical literature); empirical (observation; conversation; testing).

The scientific novelty of the work lies in the types of stress during the war and the peculiarities of their impact on the course of psychosomatic disorders.

The research obtained as a result can be used by medical psychologists and employees of psychological services in the organization of consultative, psychoprophylactic and psychocorrectional work with people who experienced stress during the war.

STRESS, PSYCHOSOMATIC DISORDERS, CARDIOVASCULAR DISEASES, SOMATIC STATE, STRESS IMPACT.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1 Теоретичний аналіз стресу як патогенетичного чинника психосоматичних розладів.....	10
1.1. Проблема психогенної природи психосоматичних розладів у сучасних психологічних дослідженнях.....	10
1.2. Стрес та його вплив на соматичний стан людини.....	18
1.3. Особливості впливу різних типів стресу на психосоматичне здоров'я людини під час війни.....	26
РОЗДІЛ 2. Особливості впливу стресу на перебіг соматичного стану хворих з психосоматичними розладами.....	35
2.1. Організація та методика дослідження впливу стресу на перебіг соматичного стану хворих з психосоматичними розладами.....	35
2.2. Аналіз результатів дослідження впливу стресу на перебіг соматичного стану хворих з психосоматичними розладами під час війни.....	38
2.3. Психологічні рекомендації щодо психологічного супроводу відновлення соматичного стану хворих різних нозологічних груп психосоматичних розладів під час війни.....	51
ВИСНОВКИ.....	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	59

ВСТУП

Актуальність дослідження. Стресові переживання є нормальною частиною життя, а реакція на стрес є механізмом виживання, який змушує реагувати людей на загрози. Стрес може бути коротким, ситуативним і позитивним фактором, що мотивує, підвищує продуктивність, але якщо його переживати протягом тривалого періоду часу, він може стати хронічним стресом, що негативно впливає на здоров'я та самопочуття.

Стрес може сприяти зниженню імунітету, що робить організм вразливим до фізичних захворювань і сприяє розвитку соматичних симптомів. Люди, які пережили травматичні події, особливо схильні до психосоматичних розладів, оскільки стрес може викликати фізіологічні зміни, що впливають на різні системи організму. Психосоматичні розлади часто виникають в результаті довготривалого або інтенсивного стресу, що впливає на психічне та фізичне благополуччя хворих. Соматичні симптоми, такі як біль, головний біль, або розлади травлення, можуть бути прямим результатом психічного стресу, викликаного емоційними або психологічними проблемами. Психосоматичні розлади часто проявляються у вигляді функціональних порушень, для яких не можна знайти конкретну органічну причину. Хворі з психосоматичними розладами можуть відчувати загострення своїх симптомів в періоди особливого емоційного навантаження чи стресу. Стрес може впливати на роботу нервово-гормональної системи, що викликає дисбаланс і може призвести до фізіологічних змін, які виявляються у соматичних проявах. Психосоматичні проблеми можуть створювати цикл стресу, оскільки фізичні симптоми можуть підтримувати або посилювати емоційний стрес, і навпаки. Але ефективна психотерапія та стресменеджмент можуть допомагати зменшити соматичні симптоми, поліпшити психічний стан

та сприяти загальному покращенню як фізичного, так і психічного здоров'я хворого.

Проблема психосоматичних розладів і стресу детально вивчалась як вітчизняними, так і зарубіжними психологами. Вплив стресу на соматичний стан людини досліджували О. Шевченко, Dhabhar.

Значний внесок у проблематику дослідження стресу як патогенетичного чинника психосоматичних розладів внесли М. Лисечко, А. Steptoe, М. Kivimäki, F. Dhabhar. Визначення *стресу та* психосоматичне здоров'я людини під час війни вивчали С. Стадник, Л. Царенко.

Аналіз поняття стресу як патогенетичного чинника психосоматичних розладів в дослідженнях і публікаціях дозволяє говорити про відсутність єдиного підходу до його розуміння.

Об'єкт – стрес як чинник патогенезу психосоматичних розладів.

Предмет – особливості впливу різних типів стресу на перебіг соматичного стану хворих з психосоматичними розладами.

Мета – дослідити особливості перебігу соматичного стану хворих з психосоматичними розладами під дією різних типів стресу.

Гіпотеза: в основу даного дослідження покладено припущення про те, що вплив стресу на перебіг соматичного стану хворих з психосоматичними розладами ускладнює процес одужання та відновлення психосоматичних функцій.

Завдання:

1. Провести теоретичний аналіз проблеми психогенного генезу психосоматичних розладів.
2. Розглянути стрес як психогенний чинник розвитку психосоматичних розладів та з'ясувати особливості його впливу на соматичний стан психосоматичних хворих.
3. Розробити психологічні рекомендації щодо психологічного супроводу процесу відновлення соматичного здоров'я психосоматичних хворих.

4. Визначити типи стресу під час війни і особливості їх впливу на перебіг психосоматичних розладів.

Методи дослідження: теоретичні: теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння й узагальнення даних досліджень; емпіричні: спостереження, тестування.

Наукова новизна полягає у визначенні специфічних особливостей впливу різних типів стресу на психосоматичне здоров'я людини під час війни.

Практична значущість полягає у можливості використання розроблених рекомендацій медичними працівниками, психологами і працівниками психологічних служб в організації консультативної, психопрофілактичної і психокорекційної роботи з людьми, які зазнали стресу від час війни.

Робота пройшла апробацію на матеріалах, розроблених на основі кваліфікаційної роботи, які були представлені у тезисах VII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Інтеграційні можливості сучасної психології та шляхи її розвитку» (м. Запоріжжя, 27-28 жовтня 2023 р.) з відкритим доступом.

Структура кваліфікаційної роботи магістра. Складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел з 68 найменувань. Загальний обсяг основного тексту 54 сторінок. Робота містить 4 таблиці і 1 рисунок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ СТРЕСУ ЯК ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЧИННИКА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

1.1. Проблема психогенної природи психосоматичних розладів у сучасних психологічних дослідженнях

Проблема психогенної природи психосоматичних розладів є актуальною темою в сучасних психологічних дослідженнях. Цей аспект вивчає взаємозв'язок між психологічним станом людини і фізичними проявами хвороби. Психосоматичні розлади виникають внаслідок взаємодії психологічних, емоційних та фізіологічних факторів, що спричиняють розлади в роботі організму.

В сучасних дослідженнях з'ясовується, що психогенні фактори, такі як стрес, тривожність, депресія і психосоціальні проблеми, можуть впливати на функціонування органів і систем організму, спричиняючи розвиток психосоматичних розладів. Наприклад, хронічний стрес може призвести до збільшення рівня кортизолу (гормону стресу) в організмі, що може вплинути на імунну систему, серцево-судинну систему та інші органи [11, 31].

Важливо враховувати психологічний стан людини при діагностиці та лікуванні психосоматичних розладів. Психотерапевтичні методи, такі як когнітивно-поведінкова терапія, релаксація і медитація, можуть бути ефективними в управлінні стресом і покращенні психологічного благополуччя пацієнта. Використання інтегрованого підходу до лікування, який об'єднує психотерапію з медикаментозною терапією та фізичними методами, такими як фізіотерапія чи йога, також може бути корисним для пацієнтів з психосоматичними розладами.

У сучасних психологічних дослідженнях акцентується увага на вивченні механізмів, що лежать в основі психогенної природи психосоматичних розладів. Встановлення зв'язку між психічними станами і фізичними проявами хвороби вимагає інтегрованого підходу, який поєднує психологію, медицину, неврологію та інші наукові дисципліни.

Одним з ключових понять у дослідженні психосоматичних розладів є стрес. Стрес визначається як реакція організму на зовнішні або внутрішні подразники, які спричиняють дисбаланс у його функціонуванні. Цей дисбаланс може впливати на роботу нервової, ендокринної та імунної систем, що згодом може призвести до розвитку психосоматичних розладів [18, 23, 30].

Психогенні фактори, такі як емоційний стрес, негативні життєві події, психосоціальні проблеми та нездорові психологічні установки, можуть впливати на організм через активацію стресової відповіді. Це може призвести до змін в ендокринній системі, збільшення вироблення гормонів стресу, зміни функціонування імунної системи та порушення в роботі серцево-судинної системи.

У сучасних дослідженнях докладається зусиль для вивчення механізмів, що пояснюють вплив стресу на психосоматичні розлади. Виявлено, що стрес може мати довготривалий ефект на організм через розлади в роботі генетичного матеріалу, зміни в епігенетичному регулюванні генів, а також вплив на п нейротрансмітери і нейромедіатори. Наприклад, дослідження показують, що стрес може спричинити зниження рівня серотоніну, невротрансмітера, відповідального за настрій і емоційний стан. Це може впливати на регуляцію настрою та підвищувати ризик розвитку психосоматичних розладів [41, 55].

Крім того, психогенні фактори можуть впливати на психосоціальний контекст і взаємодію людини зі своєю оточуючою середовищем. Переживання негативних емоцій, конфлікти в міжособистісних стосунках, невірноваженість

у роботі або особистому житті можуть сприяти виникненню стресу, який в свою чергу може призвести до психосоматичних розладів.

Розуміння психогенної природи психосоматичних розладів є важливим для розробки ефективних стратегій діагностики та лікування. У сучасних психологічних дослідженнях акцентується на розвитку психотерапевтичних інтервенцій, спрямованих на зниження стресу і поліпшення психологічного стану пацієнтів. Когнітивно-поведінкова терапія, психодинамічна терапія, медитація, релаксація та інші методи можуть бути використані для зменшення стресових факторів, зміцнення психологічного стану і поліпшення як фізичного, так і психічного благополуччя.

У підсумку, проблема психогенної природи психосоматичних розладів є складною і багатогранною. Вивчення взаємозв'язку між стресом і психосоматичними розладами є важливим кроком у розумінні механізмів, які спричиняють розвиток цих розладів. Сучасні психологічні дослідження розкривають все більше доказів психогенної природи психосоматичних розладів і важливість психологічного фактора у їх етіології та лікуванні [31, 41].

Один з основних аспектів, що вивчаються, полягає у взаємодії між психічним станом людини і фізіологічними процесами, що відбуваються в організмі. Наприклад, стресові реакції активують випуск гормонів стресу, таких як кортизол і адреналін, які можуть впливати на роботу серцево-судинної системи, імунної системи та інших органів. Це може призводити до різноманітних фізіологічних розладів, таких як підвищений артеріальний тиск, загальна втома, запалення та імунодепресія.

Крім того, емоційний стрес і психологічні фактори можуть впливати на роботу нервової системи і регуляцію внутрішніх органів. Наприклад, довготривала тривога або депресія можуть призводити до збільшення активності симпатичної нервової системи, яка контролює стресові реакції, та зменшення активності парасимпатичної нервової системи, яка відповідає за релаксацію і віднов-

лення організму. Це може викликати дисбаланс у роботі органів і систем, спричиняючи психосоматичні симптоми і розлади.

Важливим аспектом досліджень є розуміння індивідуальної вразливості до стресу і реакції організму на нього. Кожна людина має свою власну унікальну реакцію на стрес, що може бути впливом генетичних, середовищних та психологічних факторів. Дослідження зорієнтовані на визначення факторів, які впливають на вразливість до стресу, такі як особистість, соціальна підтримка, стиль мислення та здатність до стресового копіngu. Розуміння цих індивідуальних факторів може допомогти в розробці персоналізованих підходів до лікування і попередження психосоматичних розладів [55, 60].

Для покращення діагностики і лікування психосоматичних розладів, сучасні дослідження спрямовані на ідентифікацію біомаркерів, що вказують на наявність психогенних чинників. Наприклад, дослідження шукання біомаркерів в крові або слині, які можуть вказувати на рівень стресу або психологічний стан, можуть стати цінними інструментами для об'єктивізації діагностики та моніторингу психосоматичних розладів.

Загалом, проблема психогенної природи психосоматичних розладів викликає значний інтерес у сучасних психологічних дослідженнях. Розуміння взаємозв'язку між психічним та фізіологічним станом людини, а також ідентифікація факторів, що впливають на розвиток психосоматичних розладів, допомагають вдосконалити діагностику та розробити ефективні підходи до їх лікування. Продовження досліджень в цій галузі дозволить нам краще зрозуміти психосоматичні розлади та знайти шляхи їх попередження та ефективного лікування. Важливо продовжувати дослідження, спрямовані на розробку і вдосконалення психотерапевтичних методів, які можуть допомогти пацієнтам з психосоматичними розладами.

Одним з напрямків досліджень є розвиток психоосвітніх програм та інтервенцій, спрямованих на підвищення освіченості щодо психосоматичних

розладів і важливості психологічного фактора у їх етіології. Це може допомогти зменшити стигматизацію, підвищити свідомість та сприяти швидшій діагностиці та початку лікування [60, 72, 75].

Крім того, розвиток технологій у галузі психології може відіграти важливу роль у дослідженні психогенної природи психосоматичних розладів. Використання біомедичних сенсорів, мобільних додатків та інших технологій може дозволити збирати об'єктивні дані про фізіологічні та психологічні параметри пацієнтів у реальному часі. Це допоможе виявити зв'язок між емоційним станом та фізіологічними проявами розладу, а також відстежувати ефективність терапії.

Узагальнюючи, проблема психогенної природи психосоматичних розладів знаходиться під активним дослідженням у сучасній психології. Розуміння взаємозв'язку між психічними та фізіологічними проявами хвороби важливо для розробки ефективних підходів до діагностики, лікування та попередження психосоматичних розладів. Подальші дослідження в цій галузі допоможе розширити наші знання і розвинути нові методи і стратегії в боротьбі з психосоматичними розладами.

Дослідники працюють над ідентифікацією конкретних механізмів, які пояснюють зв'язок між психічними та фізіологічними аспектами психосоматичних розладів. Наприклад, вивчаються роль запальних процесів, імунологічних відповідей та дисрегуляції нейроендокринної системи в розвитку цих розладів. Такі дослідження допомагають отримати глибше розуміння фізіологічних механізмів, що лежать в основі психосоматичних розладів.

Паралельно з цим, значна увага приділяється розробці і вдосконаленню інтервенційних методів для лікування психосоматичних розладів. Нові терапевтичні підходи, такі як майндфулнес-медитація, когнітивна поведінкова терапія, психоаналітична терапія та інші, використовуються для зменшення стресу, поліпшення регуляції емоцій та покращення як фізичного, так і психічного благополуччя пацієнтів [60, 73.].

При цьому важливо враховувати індивідуальні особливості кожного пацієнта, оскільки психосоматичні розлади можуть мати різні причини і проявлятися унікальним способом у кожної людини. Персоналізовані підходи, врахування контексту та унікальності кожного випадку допомагають забезпечити ефективне та індивідуалізоване лікування.

Загалом, проблема психогенної природи психосоматичних розладів є актуальною і складною проблемою, яка вимагає подальших досліджень та розвитку. Психологічні фактори виявляють значний вплив на розвиток і прояв психосоматичних розладів, і саме тому вони заслуговують особливої уваги та досліджень у галузі психології.

Дослідники розробляють нові методики, техніки та підходи для ефективного діагностування та лікування психосоматичних розладів. Використання різних форм психотерапії, які поєднують психологічні і фізіологічні аспекти, може бути корисним інструментом в подоланні цих розладів. Зокрема, техніки стрес-менеджменту, когнітивно-поведінкова терапія, психодинамічна терапія та інші можуть сприяти поліпшенню психічного та фізичного стану пацієнтів [3, 65, 68].

Крім того, важливо покращувати співпрацю між психологами, лікарями та іншими медичними фахівцями для комплексного підходу до лікування психосоматичних розладів. Інтеграція психологічної підтримки та консультацій у медичні програми може допомогти пацієнтам з психосоматичними розладами отримати більш повне та ефективне лікування.

Необхідно також проводити дослідження з метою попередження психосоматичних розладів, зосереджуючись на ранньому виявленні та інтервенції. Широка громадська освіта щодо впливу психологічних факторів на фізичне здоров'я може забезпечити більш свідомий підхід до власного здоров'я та здатність розпізнавати та ефективно керувати стресом. Популяризація здорового способу життя, регулярної фізичної активності, позитивного мислення та соціа-

льної підтримки може вплинути на зниження ризику виникнення психосоматичних розладів.

Також важливо проводити дослідження, спрямовані на виявлення рольової психології та соціального контексту у формуванні психосоматичних розладів. Вивчення взаємодії між особистісними факторами, соціальним середовищем, культурними нормами та психосоматичними проявами може пролити світло на складний механізм цих розладів.

Нарешті, необхідно враховувати роль психологічної підтримки та освіти для пацієнтів з психосоматичними розладами. Психологічна підтримка, консультування та навчання засобам самодопомоги можуть забезпечити пацієнтам навички копінгу зі стресом, поліпшити їх самооцінку та вплинути на позитивні зміни у їх житті.

Узагалінням, проблема психогенної природи психосоматичних розладів є складною та багатогранною. Продовження досліджень у цій галузі допоможе нам краще розуміти взаємозв'язок між психічним і фізіологічним станом людини та розробити ефективні стратегії діагностики, лікування та попередження психосоматичних розладів. Інтеграція психологічної підтримки в медичні програми та популяризація здорового способу життя є ключовими компонентами управління психосоматичними розладами. Здоров'я людини залежить від балансу між фізичним та психічним станом, тому цілісний підхід до діагностики та лікування психосоматичних розладів стає важливим завданням.

Одним з напрямків досліджень є розробка інтегрованих підходів до лікування, які поєднують медичну терапію з психологічною підтримкою та реабілітацією. Це може включати спільну роботу медичних фахівців, психологів, фізіотерапевтів та інших спеціалістів для розробки індивідуальних планів лікування, які охоплюють фізичні, психологічні та соціальні аспекти здоров'я пацієнтів [6, 9, 10].

Крім того, дослідники зосереджуються на розвитку нових методик психотерапії, які спрямовані на зменшення стресу, підвищення свідомості та розуміння своїх емоцій, а також на зміцнення позитивних механізмів копінгу. Міндфулнес-медитація, когнітивна поведінкова терапія, групова психотерапія та інші підходи довели свою ефективність у покращенні як фізичного, так і психічного стану пацієнтів з психосоматичними розладами.

Також важливо враховувати роль попередження психосоматичних розладів шляхом підвищення свідомості про фактори ризику та розвиток психологічних стратегій запобігання. Інформаційні кампанії, навчальні програми та ресурси для громадськості можуть сприяти поширенню знань про психосоматичні розлади і їх психогенну природу. Це може включати навчання стратегіям управління стресом, покращення міжособистісних відносин, підвищення емоційної грамотності та підтримку психологічного благополуччя.

Крім того, необхідно забезпечити доступність психологічної підтримки та лікування для всіх, хто стикається з психосоматичними розладами. Це може включати розвиток спеціалізованих клінік та центрів, які надають комплексні послуги для діагностики та лікування психосоматичних розладів, а також забезпечення доступу до психотерапевтичних послуг та консультацій для всіх, хто цього потребує.

У подальших дослідженнях варто звернути увагу на індивідуалізацію підходів до діагностики та лікування психосоматичних розладів. Кожна людина унікальна, і тому важливо враховувати її особливості, потреби та контекст життя при розробці індивідуальних планів лікування.

Загалом, розуміння проблеми психогенної природи психосоматичних розладів у сучасних психологічних дослідженнях є важливим кроком у напрямку поліпшення діагностики, лікування та попередження цих розладів. Подальші дослідження та розвиток співпраці між медичними та психологічними спеціалістами допоможуть зрозуміти складні взаємозв'язки між психічним та фізичним

здоров'ям і сприятимуть збереженню та покращенню загального благополуччя людей.

1.2. Стрес та його вплив на соматичний стан людини

Стрес є неодмінною частиною життя кожної людини, і вплив стресу на організм може бути досить значним. Під впливом стресу відбуваються складні фізіологічні та психологічні зміни, які можуть вразити соматичний стан людини.

Поняття стресу полягає в реакції організму на внутрішні або зовнішні подразники, які ставлять під загрозу його рівновагу. Це можуть бути різноманітні ситуації, від звичайних повсякденних проблем до складних кризових ситуацій. Фізіологічні прояви стресу полягають у виділенні організмом гормонів, таких як адреналін і кортизол, що активують реакцію "боротьба або втеча". Ця реакція мобілізує ресурси організму для подолання стресорів і може призводити до збільшення серцевої активності, підвищення артеріального тиску, розширення зіниць та збільшення внутрішньо-брюшного тиску [14, 18, 31].

Вплив стресу на соматичний стан людини може бути значним. Часто стрес призводить до порушень сну, зниження імунітету та збільшення ризику розвитку різноманітних соматичних розладів. Постійне напруження може впливати на функцію серця і судин, шлунково-кишковий тракт та інші органи системи. Крім того, стрес може бути фактором ризику для розвитку серцево-судинних захворювань, діабету, артриту та інших хронічних захворювань.

Стрес здійснює значний вплив на організм людини. Коли стрес негативний і його неможливо позбутися чи уникнути – наприклад, звільнення з роботи, тяжка хвороба близької людини, військові дії – або коли він стає тривалим або хронічним, наші біологічні реакції на стрес можуть погіршити наше фізичне та психічне здоров'я. Стрес і сильні емоції можуть проявлятися *респіраторними*

симптомами, такими як задишка і прискорене дихання, оскільки дихальні шляхи звужуються. Гострий стрес – миттєвий або короткочасний, викликає збільшення частоти серцевих скорочень і сильніші скорочення серцевого м'яза, разом із виділенням гормонів стресу – *адреналіну, норадреналіну і кортизолу*, які діють як посередники цих ефектів. Хронічний стрес змушує м'язи тіла перебувати в більш-менш постійному стані напруги. Коли *м'язи напружені* протягом тривалого періоду часу, це може викликати інші реакції організму і навіть сприяти виникненню розладів, пов'язаних зі стресом. Хронічний стрес або постійний стрес, який переживається протягом тривалого періоду часу, може *сприяти довгостроковим проблемам з серцем і кровоносними судинами*. Постійне збільшення частоти серцевих скорочень, а також підвищений рівень гормонів стресу і кров'яного тиску можуть негативно позначатися на організмі. Тривалий стрес може *підвищити ризик гіпертонії, серцевого нападу або інсульту* [55, 62, 69].

Коли стрес починає заважати здатності жити нормальним життям протягом тривалого періоду, він стає ще більш небезпечним. *Чим довше триває стрес, тим гіршим є його вплив на розум і тіло*. Коли тіло напружене, м'язи напружуються – це рефлекторна реакція на стрес – спосіб захисту організму від травм і болю. Хронічний стрес змушує м'язи тіла перебувати в більш-менш постійному стані напруги. Коли *м'язи напружені* протягом тривалого періоду часу, це може викликати інші реакції організму і навіть сприяти виникненню розладів, пов'язаних зі стресом. Наприклад, *головний біль напруги і головний біль мігрени* пов'язані з хронічним напруженням м'язів в області плечей, шиї та голови. Скелетно-м'язовий біль у попереку та верхніх кінцівках також пов'язують зі стресом, особливо зі стресом на роботі. Методи релаксації та інші методи лікування, що знімають стрес, є ефективними у знятті м'язової напруги, зменшують частоту деяких розладів, пов'язаних зі стресом, таких як головний біль, і покращують самопочуття, як позначила Лисечко М.В. [37].

Стрес і сильні емоції можуть проявлятися *респіраторними симптомами*, такими як задишка і прискорене дихання, оскільки дихальні шляхи між носом і легеньми звужуються. Для людей без респіраторних захворювань, як правило, це не є проблемою, оскільки організм може виконувати додаткову роботу, щоб дихати комфортно, але психологічні стресори можуть посилити проблеми з диханням у людей із наявними респіраторними захворюваннями, такими як астма та хронічна обструктивна хвороба легень (ХОЗЛ; включаючи емфізему і хронічний бронхіт).

Деякі дослідження показують, що гострий стрес, наприклад смерть близької людини, насправді може спровокувати напади астми. Крім того, прискорене дихання (гіпервентиляція), викликане стресом, може спровокувати *напад паніки у людей, схильних до панічних атак*. Співпраця з психологом для розробки стратегій розслаблення, дихання та інших когнітивно-поведінкових стратегій значно покращує стан людини [37].

Гострий стрес представляє собою негайну або короткочасну реакцію, що викликає прискорення серцебиття та потужні скорочення серцевого м'яза, супроводжувані вивільненням гормонів стресу, таких як адреналін, норадреналін і кортизол, що діють як посередники цих ефектів. Крім того, судини, що направляють кров до великих м'язів і серця, розширюються, збільшуючи кількість крові, що поступає в ці області тіла і підвищуючи кров'яний тиск. Цю реакцію часто називають "бийся або тікай". Після припинення гострого стресу організм повертається до нормального стану.

Хронічний стрес або тривалий стрес, який триває протягом тривалого періоду, може впливати на серце і кровоносні судини. Постійне підвищення серцевого ритму, а також збільшення рівня гормонів стресу і кров'яного тиску можуть негативно впливати на організм, збільшуючи ризик гіпертонії, серцевого нападу або інсульту.

Повторюваний гострий стрес і постійний хронічний стрес також можуть сприяти запаленню в системі кровообігу, особливо в коронарних артеріях. Це є одним із шляхів, який, за висновками досліджень, пов'язує стрес із ризиком серцевого нападу. Отже, реакція людини на стрес може впливати і на рівень холестерину [..].

При сприйнятті ситуації як складної, загрозованої або неконтрольованої, мозок ініціює каскад реакцій, що залучають *вісь гіпоталамус-гіпофіз-наднирники (ГГН)*, яка є основним рушієм реакції на ендокринний стрес. Це, в кінцевому підсумку, призводить до збільшення вироблення стероїдних гормонів, які називаються глюкокортикоїдами, до їх складу входить кортизол, який часто називають «гормоном стресу».

Під час стресу гіпоталамус, сукупність ядер, що з'єднує мозок і ендокринну систему, сигналізує гіпофізу про вироблення гормону. Гіпофіз, у свою чергу, сигналізує наднирковим залозам про збільшення вироблення кортизолу.

Кортизол підвищує рівень доступного енергетичного палива шляхом мобілізації глюкози і жирних кислот з печінки. Кортизол зазвичай виробляється протягом дня, його концентрація збільшується після пробудження і повільно зменшується протягом дня, забезпечуючи щоденний цикл енергії.

Під час стресової події підвищення рівня кортизолу може забезпечити енергію, необхідну для боротьби з тривалими або екстремальними труднощами.

Глюкокортикоїди, включаючи кортизол, важливі для регулювання імунної системи та зменшення запалення. *Проте хронічний стрес може призвести до порушення зв'язку між імунною системою та віссю ГГН.* Це призводить до розвитку численних станів, що свідчать про порушення фізичного та психічного здоров'я, включаючи хронічну втому, метаболічні розлади (наприклад, діабет, ожиріння), депресію та імунні розлади.

Під час стресу люди можуть їсти набагато більше або менше, ніж зазвичай. Часто збільшують вживання алкоголю або тютюну, що може призвести до

печії або кислотного рефлюксу. Стрес також може ускладнити ковтання їжі або збільшити кількість повітря, що ковтається, що спричинює газоутворення та здуття живота.

Стрес може спричинити біль, здуття живота, нудоту та інший дискомфорт у шлунку. Блювота може виникнути, якщо стрес досить сильний. Крім того, стрес може викликати непотрібне підвищення або зниження апетиту. Нездорове харчування, в свою чергу, може погіршити настрій [37].

Особливо необхідно зазначити вплив стресу на нервову систему, яка має два відділи: центральний відділ, що включає головний і спинний мозок, і периферичний відділ, що складається з вегетативної та соматичної нервових систем.

Вегетативна нервова система відіграє ключову роль у фізичній відповіді на стрес і розподіляється на симпатичну нервову систему (СНС) і парасимпатичну нервову систему (ПНС). Під час стресового стану СНС активізує реакцію "бийся або тікай", спрямовуючи енергію на протистояння загрози або "втечу від ворога".

СНС повідомляє надниркові залози виробляти гормони, такі як адреналін і кортизол. Ці гормони, разом із дією вегетативних нервів, прискорюють серце, збільшують частоту дихання, розширюють судини в руках і ногах, впливають на процес травлення і підвищують рівень глюкози в крові для забезпечення енергією в умовах надзвичайної ситуації.

Після завершення кризи організм зазвичай повертається до стану спокою, що сприяє ПНС, яка, як правило, має протилежний вплив на СНС. Однак надмірна активність ПНС також може сприяти реакціям на стрес, наприклад, звуженню бронхів (у випадку астми) або порушенню циркуляції крові.

СНС і ПНС взаємодіють із системою імунітету, що також може впливати на реакції на стрес. Центральна нервова система має особливе значення у виклику стресових реакцій, оскільки вона контролює вегетативну нервову систему та інтерпретує події як потенційно загрозливі [35, 39, 49].

Хронічний стрес, коли стресові фактори діють протягом тривалого періоду часу, може призвести до тривалого виснаження організму. Оскільки вегетативна нервова система продовжує викликати фізичні реакції, що спричинює «знос» організму. Справа не стільки в тому, що хронічний стрес впливає на нервову систему, скільки в тому, що постійна активація нервової системи впливає на інші системи організму, що порушує їхнє функціонування.

Психологічні прояви стресу можуть бути різними і індивідуальними для кожної людини. Часто стрес викликає тривогу, страх, роздратованість та нездатність до концентрації. Людина може почуватися занепокоєною, розчарованою або пригніченою. Довготривалий стрес може впливати на настрій та здатність сприймати радість від життя.

Психосоматичні розлади є відповіддю організму на психологічні чи емоційні проблеми і можуть виникати внаслідок тривалого стресу. Ці розлади характеризуються фізичними симптомами або захворюваннями, які не мають медичної або фізіологічної пояснення. Замість цього, вони можуть бути пов'язані з емоційними чи психологічними проблемами, які викликають стрес [48, 59].

Управління стресом є важливим аспектом підтримки соматичного стану людини. Здатність керувати стресом допомагає знизити його негативний вплив на організм і покращити загальний стан здоров'я. Розвиток практичних навичок стрес-менеджменту, таких як релаксація, медитація, фізичні вправи та підтримка соціальної підтримки, може допомогти знизити рівень стресу і покращити якість життя людини.

Стрес та його вплив на здоров'я людини є актуальним об'єктом дослідження в сучасній науці. Стрес може мати значущий вплив на фізіологічний, психологічний та емоційний стан людини. Особливо важливо при вивченні хворих, оскільки стрес може впливати на перебіг захворювань та загальний стан

здоров'я. У цьому дослідженні проведемо аналіз взаємозв'язку між стресом і змінами в соматичному стані хворих та розглянемо можливі наслідки цього взаємозв'язку.

Стрес - це фізіологічна та психологічна реакція організму на зовнішні або внутрішні подразники, які вимагають адаптації чи зміни поведінки. Він може бути короткочасним (акутним) або тривалим (хронічним). Фізіологічна відповідь на стрес включає випуск гормонів, таких як кортизол і адреналін, які підвищують рівень енергії та мобілізують організм для дії [60, 62].

Наукові дослідження доводять, що стрес може впливати на соматичний стан хворих, тобто стан їх фізичного здоров'я та органічних систем. Хронічний стрес може призвести до дисфункції різних систем організму, включаючи імунну, ендокринну та нервову.

Хронічний стрес може пригнічувати роботу імунної системи, знижуючи її здатність боротися з інфекціями та хворобами. Це може призвести до збільшення частоти захворювань та ускладнень захворювань у хворих.

Постійний стрес може призвести до дисбалансу в ендокринній системі, зокрема вироблення гормону кортизолу. Підвищений рівень кортизолу може впливати на роботу серцево-судинної системи, підвищуючи кров'яний тиск та ризик розвитку серцевих захворювань [75].

Стрес може впливати на роботу нервової системи, призводячи до тривожності, депресії та інших психічних розладів. Це може погіршити загальний стан хворих та ускладнити лікування.

Наслідки взаємозв'язку між стресом і соматичним станом людини чітко простежуються. Постійний стрес та його негативний вплив на соматичний стан можуть мати серйозні наслідки для здоров'я. Він може призвести до погіршення перебігу хвороби, затягування процесу загоювання, збільшення ризику ускладнень та погіршення якості життя.

Для зменшення негативного впливу стресу на соматичний стан хворих, важливо розробити стратегії управління стресом. Це можуть бути різні психологічні та поведінкові методи, такі як релаксація, медитація, фізична активність та підтримка соціальних зв'язків.

Стрес є невід'ємною частиною життя, і його вплив на соматичний стан людини є комплексним і багатогранним. Як фізіологічні, так і психологічні прояви стресу можуть мати великий вплив на організм, і тривалий стрес може стати фактором ризику розвитку психосоматичних розладів. Управління стресом і забезпечення психоемоційного благополуччя є важливими аспектами підтримки здоров'я та добробуту людини.

Реакція людини на стрес не обмежується однією дією, а являє собою сукупність різних видів психічної та поведінкової діяльності, яка змінюється в залежності від контексту і фази стресової ситуації. Реакція на стрес не є суто спонтанною і рефлекторною. Вона передбачає звернення людини до свого минулого досвіду, оцінку значущості стресового впливу і здатності з ним справлятися, вибір методу реагування, його планування і прогнозування кінцевого результату [37, 38, 65, 66].

Характер реакції людини на стрес багато в чому визначає його стресостійкість. Адаптація людини до стресових впливів, що перешкоджає його руйнуванню як біологічного організму і як особистості, забезпечується насамперед власними механізмами психічного захисту, хоча важливу роль відіграє і зовнішня, соціальна підтримка.

Отже, аналіз взаємозв'язку між стресом і змінами в соматичному стані людини показує, що стрес може мати значущий вплив на фізичне здоров'я та функціонування організму. Для поліпшення стану при захворюванні та підвищення ефективності лікування важливо звернути увагу на управління стресом та розробку психологічних підходів для зниження його негативного впливу. Додаткові дослідження в цьому напрямку допоможуть виявити більш детальний

механізм взаємодії стресу і соматичного стану та розробити більш ефективні методи його контролю.

1.3. Особливості впливу різних типів стресу на психосоматичне здоров'я людини під час війни

Воєнні конфлікти створюють складні умови для життя людей, і відображаються на всіх аспектах їхнього фізичного та психологічного благополуччя. Стрес, викликаний воєнними подіями, може мати значущий вплив на психосоматичне здоров'я людей, зокрема на фізичний стан та функціонування організму. У цьому дослідженні ми розглянемо особливості впливу різних типів стресу на психосоматичне здоров'я людини під час воєнних дій.

Стрес під час війни може призвести до значного погіршення психосоматичного здоров'я людини, оскільки надзвичайні обставини військових дій породжують постійний психологічний тиск. Постійний стрес може викликати ряд фізіологічних змін, таких як збільшення рівня гормонів стресу, що може призвести до різних проблем зі здоров'ям. Вплив стресу на психосоматичне здоров'я може виявити негативний вплив на роботу серцево-судинної системи, збільшуючи ризик серцевих захворювань. Психосоматичні прояви стресу можуть включати проблеми зі сном, втрату апетиту або, навпаки, надмірне споживання їжі. Умови війни можуть призвести до погіршення психічного здоров'я, такого як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), що впливає на фізичне та емоційне благополуччя.

Під час війни стрес може призвести до погіршення стану психосоматичних захворювань, таких як виразки, астма або гастрит. Великі психосоматичні навантаження можуть впливати на роботу нервової системи, призводячи до головних болей, мігрені та інших неврологічних порушень. Стрес може впливати на рівень енергії та витривалість, що може призвести до загального виснаження

та слабкості. Вплив стресу на психосоматичне здоров'я може впливати на якість життя та здатність людини адаптуватися до екстремальних обставин військових дій.

Воєнний стрес може бути зумовлений різними факторами, такими як активні бойові дії, страх за власне життя та життя близьких, довготривала роздільність з сім'єю, нестабільність умов проживання, втрата рідних та друзів, травми та інші життєві випробування. Всі ці фактори можуть викликати різні типи стресу, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), стресовий стан, депресію, тривожність та інші психологічні реакції.

Стрес, спричинений воєнними подіями, може мати негативний вплив на фізичне здоров'я людей. Постійний стан напруження та тривожності може призвести до збільшення ризику розвитку серцево-судинних захворювань, зниження імунної системи та збільшення частоти захворювань. Крім того, стрес може впливати на роботу ендокринної системи, викликаючи дисбаланс гормонів, що може призвести до різних розладів в організмі.

Окремо треба зазначити психосоматичні розлади під час воєнних дій. Воєнний стрес може також сприяти розвитку психосоматичних розладів - хвороб, які поєднують психологічні та фізичні симптоми. Наприклад, люди, які пережили травматичні події під час війни, можуть розвивати посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який характеризується виникненням тривожності, підвищеною збудливістю, повторюваними спогадами про травматичні події, сонними розладами та іншими фізичними симптомами.

Необхідно зазначити засоби психосоціальної підтримки під час воєнних дій

Для зменшення негативного впливу стресу на психосоматичне здоров'я під час воєнних дій, важливо надавати психосоціальну підтримку та психологічну допомогу. Це можуть бути різні методи, такі як психотерапія, групова

терапія, релаксація, арт-терапія та інші підходи, спрямовані на зняття стресу та підвищення стійкості до нього.

При вивченні специфіки стресу, пов'язаного зі стрімкими змінами в суспільстві і загрозами для безпеки. Сучасне суспільство знаходиться в постійному стані змін та нестабільності. Різноманітні глобальні, політичні, економічні, технологічні та соціокультурні зрушення призводять до стрімких змін у житті людей. Ці зміни можуть супроводжуватися загрозами для безпеки, які створюють надзвичайно напружену ситуацію для людей. Вивчення специфіки стресу, пов'язаного зі стрімкими змінами в суспільстві та загрозами для безпеки, є важливим завданням для розуміння його впливу на фізичне та психічне здоров'я людей.

Стрес, пов'язаний із стрімкими змінами в суспільстві, може виникати через низку причин. Зміни в економіці, технології, робочому оточенні та соціокультурному середовищі можуть призвести до втрати робочих місць, перенавантаження ресурсів та переоцінювання цінностей. Велика кількість інформації, яку ми отримуємо зараз, може викликати інформаційний перенасичення та почуття безпорадності перед ситуаціями, на які ми не можемо впливати. Усі ці фактори створюють збільшений рівень стресу в суспільстві.

Загрози для безпеки, такі як терористичні атаки, природні катастрофи, глобальні пандемії або військові конфлікти, також є важливими джерелами стресу. Ці загрози можуть створювати почуття небезпеки, безпорадності та страху, що сильно впливають на психічний стан людини. Вони можуть також призвести до травматичних подій та посттравматичного стресового розладу, що поглиблює відчуття безпеки та викликає відчуття роздільності з навколишнім світом.

Зазначимо фізіологічні та психологічні прояви стресу. Стрес має свої фізіологічні та психологічні прояви, які можуть бути різними для кожної людини. Фізіологічні прояви включають підвищений рівень гормонів стресу, таких як

кортизол та адреналін, що може призвести до підвищеного артеріального тиску, пітливості, тахікардії та іншої реакції "бій або втікання". Психологічні прояви стресу можуть бути різними, від тривоги та роздратованості до депресії та впадання в стан пасивності.

Подолання стресу, пов'язаного зі стрімкими змінами в суспільстві та загрозами для безпеки, важливо для збереження фізичного та психічного здоров'я. Релаксаційні техніки, такі як медитація, йога, дихальні вправи та спорт, можуть допомогти знизити рівень стресу та підтримати психічний баланс. Також важливо шукати підтримку у родини та друзів, або звертатися за професійною психологічною допомогою в разі потреби.

Стан психічного напруження пов'язаний з негативним емоційним станом, що виникає в конфліктних ситуаціях, коли порушується задоволення потреб людини. Існує також спільність між станом емоційного напруження і невротичними, в першу чергу тривожними і депресивними розладами. В цілому легкі психічні розлади, що супроводжуються станом емоційного перенапруження і займають проміжне положення між здоров'ям і вираженою психопатологією, часто відносять до «прикордонних нервово-психічних розладів». Їх відрізняють такі загальні риси:

- переважання в клінічній картині емоційно-афективних розладів невротичного рівня;
- збереження критичного ставлення пацієнта до свого стану і основних проявів хвороби;
- Чітка кореляція психічних розладів з вегетативними, вісцеральними та диссомнічними симптомами.

Особливості впливу різних типів стресу на психосоматичне здоров'я людини під час воєнних дій демонструють важливість забезпечення психологічної підтримки та психосоціальних інтервенцій для зменшення негативного впливу стресу на фізичне та психічне здоров'я. Додаткові дослідження та розвиток

ефективних методів психологічної допомоги можуть сприяти покращенню стану людей під час воєнних конфліктів та після їх завершення.

Вивчення специфіки стресу, пов'язаного зі стрімкими змінами в суспільстві і загрозами для безпеки, є важливим завданням для розуміння його впливу на фізичне та психічне здоров'я. Цей стрес може мати негативний вплив на різні аспекти життя людини, але засоби попередження та керування стресом можуть допомогти знизити його негативний вплив і підтримати загальний благополуччя і добробут.

Важливо проаналізувати вплив воєнного стресу на соматичний стан хворих з психосоматичними розладами. Відомо, що вплив стресу на здоров'я людини завжди був предметом наукового дослідження. Одним з найбільш серйозних видів стресу є військовий стрес, який може викликати негативний вплив на різні аспекти здоров'я людини, включаючи психосоматичні розлади.

Психосоматичні розлади - це стан, при якому психологічні фактори впливають на фізичне здоров'я, спричинюючи соматичні симптоми та захворювання. Такі розлади часто розвиваються як наслідок стресу, тривалого психічного напруження та емоційних проблем. Люди, які ставали свідком воєнних конфліктів або перебували у зоні бойових дій, можуть бути особливо вразливі до психосоматичних розладів через надзвичайні умови, яким доводилося їм переживати.

Один із ключових механізмів, які відповідають за зв'язок між військовим стресом і соматичним станом хворих, - це дисрегуляція нейроендокринної системи та нервово-імунної взаємодії. Під час стресу активізуються гормональні та нейротрансмітерні системи, що може призвести до збільшення вироблення гормонів стресу, таких як кортизол, і спричинити запалення в організмі. Це може призвести до зниження імунітету та посилення симптомів соматичних захворювань.

Одним із часто зустрічаються соматичних розладів, пов'язаних зі стресом, є серцево-судинні захворювання. Стрес може сприяти збільшенню артеріального тиску, погіршенню роботи серця та іншим серцевим проблемам. Люди, які мали воєнний досвід, можуть бути підвищеної загрози розвитку таких захворювань через вплив стресу на серцево-судинну систему.

Також важливим аспектом є вплив стресу на шлунково-кишковий тракт. Багато хворих після воєнного досвіду можуть стикатися з проблемами шлунково-кишкового тракту, такими як виразка шлунка, запалення кишечника та інші розлади шлунково-кишкової системи. Військовий стрес може збільшити кислотність шлунку та порушити його нормальний функціонування, сприяючи розвитку цих захворювань.

Психосоматичні розлади також можуть впливати на дихальну систему, зокрема на погіршення астми або хронічного обструктивного захворювання легень. Стрес може призвести до збільшення вироблення запальних медіаторів в легенях, що спричинить погіршення симптомів цих захворювань.

Для кращого розуміння впливу воєнного стресу на соматичний стан хворих з психосоматичними розладами, важливо провести детальні дослідження залежності між рівнем стресу, типами психосоматичних розладів та їх симптомами. Також варто розглянути можливості психологічної та психотерапевтичної підтримки для ветеранів та інших осіб, що пережили воєнні конфлікти, з метою зменшення впливу стресу на їх фізичне здоров'я.

У підсумку, воєнний стрес може мати значний вплив на соматичний стан хворих з психосоматичними розладами через дисрегуляцію нейроендокринної системи та нервово-імунної взаємодії. Це може спричинити розвиток серцево-судинних, шлунково-кишкових, дихальних та інших захворювань. Розуміння цього зв'язку є важливим для розвитку ефективних методів підтримки та лікування для військових ветеранів та інших людей, які стикаються зі стресом від воєнних дій.

Отже, вплив різних типів стресу на психосоматичне здоров'я людини під час війни може бути різнобічним і залежить від конкретних обставин. Враховуючи це, підсумуймо особливості впливу різних видів стресу:

- Стрес від втрат - втрата дому або пошкодження майна може викликати серйозний стрес і впливати на психосоматичне здоров'я через почуття безпорадності і втрати стабільності;

- Соціальний стрес - втрата рідних чи близьких людей може викликати глибокий стрес, що може впливати на фізичне здоров'я через емоційні реакції, а також відокремлення від сім'ї, оскільки війна може призвести до розлучення сімей і втрати соціальної підтримки, що впливає на психосоматичне благополуччя;

- Довготривалий стрес - тривалість стресу під час війни може призвести до хронічних психосоматичних захворювань, ослабити імунну систему та знизити опірність до захворювань.

- Стрес від невизначеності - невизначеність і небезпека можуть викликати тривожність, що може впливати на невірогідність психосоматичних реакцій.

- Стрес із-за економічних труднощів - воєнний час часто супроводжується економічними труднощами, що може викликати стрес і впливати на фізичне здоров'я через недостаток ресурсів.

Враховуючи ці аспекти, важливо надавати психологічну та медичну підтримку під час воєнних конфліктів, спрямовану на збереження психосоматичного здоров'я та сприяння адаптації до стресових умов.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ СТРЕСУ НА ПЕРЕБІГ СОМАТИЧНОГО СТАНУ ХВОРИХ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

2.1. Організація та методика дослідження впливу стресу на перебіг соматичного стану хворих з психосоматичними розладами

Метою емпіричної частини даної кваліфікаційної роботи був аналіз дослідження з вивчення тривожно-депресивних розладів у пацієнтів з кардіальною патологією, метою якого стало вивчення частоти тривожної та депресивної симптоматики у пацієнтів з ІХС (ішемічна хвороба серця) без порушень серцевого ритму і з постійною або пароксизмальною формами фібриляції передсердь (ФП), яке проводилося на базі військово-медичного клінічного центру Західного регіону, м. Львів.

Досягнення мети дослідження стало можливим шляхом перевірки провідної гіпотези про те, що вплив стресу на перебіг соматичного стану хворих з психосоматичними розладами ускладнює процес одужання та відновлення психосоматичних функцій.

На першому етапі дослідження кваліфікаційної роботи відбулося виокремлення проблеми, вивчення теоретичних напрацювань з окремих аспектів теми дослідження, ознайомлення з передумовами виникнення психосоматичних розладів у пацієнтів, особливості прояву стресу у вигляді тривожності, депресії та інших тотожних порушень.

Другим етапом дипломного дослідження було вивчення та проведення аналізу дослідження, основою для якого стала вибірка 88 осіб віком від 40 до 75 років (середній вік – $64,2 \pm 4,8$ року) з ІХС, з них 58 чоловіків (65,9%) і 30 (34,1%) жінок. Усі пацієнти, залежно від наявності пароксизмальної або постій-

ної форм ФП, були розподілені на три групи. До першої групи увійшли 20 осіб з ІХС без порушення ритму, до другої – 30 хворих, у яких мала місце пароксизмальна форма ФП (тривалість не перевищувала 7 днів), до третьої – 38 пацієнтів з постійною формою фібриляції передсердь (ФП).

В усіх хворих спостерігалася артеріальна гіпертензія (АГ): I ступеня – у 3 (3,4%) , II – у 19 (21,6%) і III – у 66 (75%). Ознаки серцевої недостатності за функціональною класифікацією Нью-Йоркської асоціації кардіологів (NYHA) мали усі пацієнти, з них 8 – I функціонального класу (ФК), що склало 9,1%, 66 (75%) – II ФК і 14 (15,9%) – III ФК.

Для діагностики коморбідних тривожних і депресивних розладів у клінічній практиці розроблено велику кількість оціночних шкал та опитувальників. Для скринінгових обстежень широко використовують госпітальну шкалу тривоги й депресії (HADS). Шкала запропонована A.S. Zigmond та R.P. Snaith 1983 р. і включає 14 тверджень, з яких 7 відповідають депресивним і 7 – тривожним розладам, що підраховують окремо. Анкета-опитувальник заповнювалася самим хворим або методом інтерв'ювання. Статистичний аналіз проводився на персональному комп'ютері з використанням стандартних комп'ютерних програм Excel 2010 із представленням даних у вигляді середньої величини та її стандартного відхилення ($M \pm m$) і парного двовибіркового t-тесту Стьюдента. Критерієм статистичної достовірності вважали рівень $p < 0,05$.

Треба зазначити, що госпітальну шкалу тривоги та депресії Zigmond A.S., Snaith R.P. (HADS) була розроблена для первинного виявлення депресії та тривоги в загальній медичній практиці. Шкала тривоги та депресії HADS є простою для пацієнта та не вимагає тривалого часу для заповнення та інтерпретації результатів. Шкала HADS призначена для того, щоб допомогти лікарю краще зрозуміти емоційний стан і самопочуття пацієнта. Для поглибленої діагностики емоційного стану пацієнта рекомендується використовувати: шкалу Гамільтона для оцінки тривожності (HARS) і шкалу Гамільтона для депресії (HDRS).

Депресія і тривога можуть виникати як самостійно (при стресі, розчаруванні, перевтоми, різних трагічних подіях в житті), так і в якості супроводу таких станів, як постінсультний період (особливо ішемічний інсульт), аутизм у дітей, посттравматичний період, неврози тощо.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді. Виберіть ту з відповідей, що відповідає Вашому стану, а потім підсумуйте бали в кожній частині

Частина I (оцінка рівня ТРИВОГИ)	Частина II (Оцінка рівня ДЕПРЕСІЇ)
1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі 3 - Увесь час 2 - Часто 1 - Час від часу, іноді 0 - Зовсім не відчуваю	1. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж відчуття 0 - Це так 1 - Навпевно, це так 2 - В думі малій мірі це так 3 - Це зовсім не так
2. Я відчуваю страх, адитесь, що ось-ось щось нехале може статись 3 - Це так, те страх дуже сильний 2 - Дя, це так, але страх не дуже сильний 1 - Іноді, але це мене не турбує 0 - Зовсім не відчуваю	2. Я адитий розсміятись та угледіти у тій чи іншій події смішне 0 - Це так 1 - Навпевно, це так 2 - В думі малій мірі це так 3 - Це зовсім не так
3. Метушливі думки крутяться у мене в голові 3 - Постійно 2 - Більшу частину часу 1 - Час від часу і це не так часто 0 - Тільки іноді	3. Я відчуваю бадьорість 3 - Зовсім не відчуваю 2 - Дуже рідко 1 - Іноді 0 - Прантино весь час
4. Я можу легко сісти та розслабитись 0 - Це так 1 - Навпевно, це так 2 - Зрідка це так 3 - Зовсім не можу	4. Мені здається, що я став робити все дуже повільно 3 - Прантино весь час 2 - Часто 1 - Іноді 0 - Зовсім ні
5. Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння 0 - Зовсім не відчуваю 1 - Іноді 2 - Часто 3 - Дуже часто	5. Я не слідкую за своєю зовнішністю 3 - Це так 2 - Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно 1 - Мені здається, я став менше приділяти цьому уваги 0 - Я слідкую за собою так, як і раніше
6. Я відчуваю неспокійність, мені постійно треба рухатись 3 - Це так 2 - Навпевно, це так 1 - В деякій мірі це так 0 - Зовсім не відчуваю	6. Я вважаю, що мої справи (заняття, хоббі) можуть принести мені відчуття задоволення 0 - Точно так, як і завжди 1 - Так, але не в тій мірі, як раніше 2 - Значно менше, ніж зазвичай 3 - Зовсім так не вважаю
7. У мене буває раптове відчуття ланіки 3 - Дуже часто 2 - Досить часто 1 - Не так і часто 0 - Зовсім не буває	7. Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо- чи телепрограми 0 - Часто 1 - Іноді 2 - Зрідка 3 - Дуже рідко
Кількість балів за шкалою тривоги:	Кількість балів за шкалою депресії:
0-7 балів – норма	
8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія	
11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія	

Рис.2.1. Госпітальна шкала тривоги та депресії HADS

Дослідження впливу стресу на перебіг соматичного стану хворих з психосоматичними розладами вимагає комплексного підходу та використання різноманітних методик.

На етапі організації дослідження було проведено:

- Визначення цілей. Сформульовані конкретні цілі та гіпотези дослідження, спрямовані на розуміння впливу стресу на соматичний стан.

- Вибір групи об'єктів. Вибрані групу хворих з психосоматичними розладами для дослідження. Враховані тип розладу та його важкість.

- Вибір Методів Дослідження. Використані різні методи дослідження, такі як психологічні тести, медичні обстеження, анкетування та моніторинг біохімічних показників.

- Етичні Аспекти. Дотримуватися етичних стандартів у проведенні дослідження, отримати згоду від учасників та забезпечити конфіденційність даних.

- Статистичний Аналіз. Використані методи статистичного аналізу для обробки отриманих даних та визначення статистично значущих відмінностей.

Методика дослідження тривожно-депресивних розладів у пацієнтів з кардіальною патологією була наступна:

- Анамнез та Клінічне Обстеження. Зібраний детальний анамнез, включаючи інформацію про психосоціальний стан, попередні стресові події та історію психосоматичних захворювань.

- Психологічні тести та анкетування. Використовувати стандартизовані психологічні тести та анкети для визначення рівня стресу, тривожності та депресії.

- Біомедичні показники. Відстеження біомедичних параметрів, такі як рівень кортизолу в крові, артеріальний тиск, серцевий ритм, рівень запальних маркерів тощо.

- Функціональні Дослідження. Проведені функціональні дослідження, такі як електрокардіограма (ЕКГ), електроенцефалограма (ЕЕГ), функціональна магнітно-резонансна томографія (fMRI) для вивчення фізіологічних змін.

- Моніторинг Психосоматичних Симптомів. Систематично оцінювались психосоматичні симптоми учасників дослідження, звертаючи увагу на зміни в соматичному стані.

- Повторні Вимірювання. Проводились повторні вимірювання та оцінювання під час довгострокового спостереження для визначення динаміки та стабільності результатів.

У хворих з однаковим станом здоров'я якість життя може бути різною, тому лікування слід підбирати індивідуально з урахуванням характеру, виразності та частоти симптомів, не лише кардіальних, але й супутніх психосоматичних захворювань та відповіді на терапію, що й визначає актуальність проблеми.

Потенційні психологічні фактори ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) можна розділити на три групи.

Перша складається з негативних афективних станів, включаючи депресію, тривогу, дистрес та гнів. Друга включає типи поведінки та особистості. А третя – соціальні фактори, в тому числі соціально-економічний статус та соціальну підтримку.

Фізіологічні шляхи, які могли б пояснити вплив факторів психосоціального ризику на серцево-судинну систему, не завжди очевидні, але, у першу чергу, можна виділити взаємозв'язок між тривожними розладами та зменшенням варіабельності серцевого ритму. Варіабельність серцевого ритму є показником складного взаємозв'язку симпатичної та парасимпатичної гілок вегетативної нервової системи та її впливу на функціонування серця. Низький рівень варіабельності серцевого ритму можна розглядати як попередник захворювання та фактор ризику, який негативно впливає на здоров'я серцево-судинної системи.

На даний момент більшість дослідників сходяться на тому, що тривожні розлади пов'язані зі значним зменшенням варіабельності серцевого ритму з величиною ефекту від малого до помірного.

Зазначена методика дозволяє глибоко вивчити взаємозв'язок між стресом та соматичним станом пацієнтів з психосоматичними розладами, що може бути корисним для подальших клінічних висновків та розробки стратегій лікування.

На третьому етапі дипломного дослідження було розроблено рекомендації для психологічного супроводу хворих на етапі госпіталізації в стаціонар з метою зниження інтенсивності гострого стресу, корекції невротичних, іпохондричних реакцій, з метою розробки індивідуальної програми психологічної реабілітації. Визначені етапи психологічної підтримки такої категорії пацієнтів. Розроблено рекомендації загального характеру, а також для психологічного супроводу пацієнтів з інсультом та інфарктом, для родичів хворих на інсульт і для родичів хворих на інфаркт.

2.2. Аналіз результатів дослідження впливу стресу на перебіг соматичного стану хворих з психосоматичними розладами під час війни

Результати дослідження та їх обговорення. При оцінюванні психічного здоров'я за опитувальниками відмічено, що найбільш вираженим показником «психічного нездоров'я» був рівень клінічної тривоги і депресії. Прояви тривоги виявлені у 12 (60%) пацієнтів першої групи, у 21 (70%) – другої та у 33 (86,8%) – третьої. Депресивну симптоматику відзначали частіше у хворих, що мали пароксизмальну та постійну форми ФП: у 24 (80%) – другої і 34 (89,5%) – третьої, хоча у першій групі симптоми депресії спостерігалися в 14 (70%) випадках. Відсутність тривожного й депресивного станів відмічено у 4 (20%) осіб першої групи, у 3 (10%) – другої і в 2 (5,3%) – третьої, тобто меншою мірою у пацієнтів з постійною формою фібриляції передсердь (ФП).

Важливим є виділення пацієнтів за наявністю клінічного та субклінічного рівня тривоги і депресії (шкала HADS), що представлено в таблиці 1. Якщо субклінічні прояви тривожно-депресивного синдрому можна оцінити за конкретними скаргами хворих, що є суб'єктивною ознакою, клінічна тривога і депресія сприяють розвитку певних проявів, які об'єктивно визначені і безпосередньо впливають на соматичний стан пацієнта.

Таблиця 2.1.

Початкові варіанти рівня тривоги і депресії у пацієнтів

Показник, бали	1-ша група n = 20	2-га група n = 30	3-тя група n = 38
Клінічний рівень тривоги	11,8 ± 1,2	12,6 ± 1,3*	12,3 ± 1,2
Субклінічний рівень тривоги	8,3 ± 1,1	8,9 ± 1,2*	9,0 ± 1,1*
Клінічний рівень депресії	12,0 ± 1,2	13,2 ± 1,3*	13,4 ± 1,3*
Субклінічний рівень депресії	8,2 ± 1,1	9,1 ± 1,2*	9,6 ± 1,1*

Примітка: * - $p < 0,05$

Клінічний рівень тривоги був виявлений у 11 (36,7%) пацієнтів другої групи, середній бал в яких склав $12,6 \pm 1,3$, у 24 (63,2%) – третьої із середнім балом $12,3 \pm 1,2$, що було достовірно вище, ніж у 7 (35%) осіб першої групи без порушень серцевого ритму ($p < 0,05$). Субклінічний варіант тривоги мав місце у 19 (63,3%) хворих другої групи (середній бал – $8,9 \pm 1,2$) та у 13 (34,2%) – третьої (середній бал – $9,0 \pm 1,1$), що також було достовірно вище ($p < 0,05$), ніж у 8 (40%) учасників першої групи (середній бал – $8,3 \pm 1,1$).

Рівень клінічної депресії у першій групі спостерігався у 5 (35,7%) з 14 пацієнтів, субклінічної депресії – у 9 (64,3%) хворих (у середньому $12,0 \pm 1,2$ й $8,2 \pm 1,1$ балу відповідно), тоді як у другій групі симптоми клінічної депресії мали місце в 9 (37,5%) з 24, субклінічної – у 15 (62,5%) випадках (у середньому $13,2 \pm 1,3$ і $9,1 \pm 1,2$ балу відповідно). У третій групі клінічну депресію виявлено у 21 (61,8%) з 34 (у середньому $13,4 \pm 1,3$ балу), субклінічну – у 13 (38,2%) пацієнтів (середній бал – $9,6 \pm 1,1$), що було достовірно вище, ніж у хворих без порушень серцевого ритму ($p < 0,05$).

Таким чином, у 23,3% осіб з пароксизмальною і у 28,9% – з постійною формами ФП було відзначене підвищення рівня клінічної тривоги на 8,6% і депресії – на 10,2% порівняно з хворими, що не мали порушень серцевого ритму. Такі результати у черговий раз підтверджують, що наявність тривоги і депресії є несприятливим у прогностичному плані чинником в осіб з серцево-судинними захворюваннями [6].

Важливо не лише встановити діагноз тривожного або депресивного розладу, але й максимально повно виявити усі психопатологічні симптоми у конкретного хворого. Дослідники спробували оцінити частоту проявів, що стосуються тривожно-депресивних станів, які відображені в таблиці 2.

Таблиця 2.2.

Частота тривожно-депресивних синдромів у пацієнтів

Симптоми	1-ша група n = 20	2-га група n = 30	3-тя група n = 38
Прояви тривоги	12 (60%)	21 (70%)	33 (86,8%)
Прояви депресії	14 (70%)	24 (80%)	34 (89,5%)
Відчуття напруженості, страху, раптової паніки, неспокійні думки	8 (40%)	19 (63,3%)	33 (86,8%)
Відсутність бадьорості, неможливість розслабитися	18 (90%)	23 (76,7%)	34 (89,5%)
Відсутність задоволення від колишніх розваг	7 (35%)	13 (43,3%)	23 (60,5%)
Нездатність адекватно реагувати на будь-які події і обставини	9 (45%)	12 (40%)	25 (65,8%)
Зниження особистісних якостей	8 (40%)	17 (56,7%)	24 (63,2%)
Відсутність тривоги і депресії	4 (20%)	3 (10%)	2 (5,3%)

Відмічено, що у 33 пацієнтів (86,8%) з постійною формою ФП на тлі ІХС найбільш вираженими були відчуття напруженості, страху, раптової паніки, неспокійні думки, що склало $7,8 \pm 1,2$ балу порівняно з хворими першої та другої груп – у 8 (40%; $p < 0,05$) і у 19 (63,3%; $p < 0,01$) відповідно. Ці розлади часто не діагностуються, у першу чергу через те, що лікарі загальної практики не звертають належної уваги на напади паніки, які спостерігаються у хворого. Отримано достовірну відмінність між досліджуваними групами з таких скарг, як відсутність бадьорості, неможливість розслабитися ($p < 0,05$). Це підкреслює те, що пацієнти з пароксизмальною формою ФП «очікують» напад тахіаритмії у будь-який момент часу, тоді як хворі з постійною формою «невідступно відчують неритмічне серцебиття» і, зрештою, не можуть вести звичайний спосіб життя.

Відсутність задоволень від колишніх розваг як відображення зниження емоційного благополуччя особливо виражене у пацієнтів другої і третьої груп – у 13 (43,3%) і 23 (60,5%) порівняно з 7 (35%) хворими першої групи відповідно. Наявність неспокійних думок, неможливість розслабитися створюють постійний тривожний фон, який є несприятливим моментом для перебігу захворювання, що виявлено у більшості пацієнтів усіх груп.

Тривожно-депресивні розлади частіше відзначалися у жінок (90%), ніж у чоловіків (68,9%). Це узгоджується з думкою авторів, що більша частота депресій у жінок зумовлена кращою їх діагностикою, оскільки на перший план виступають скарги соматичного характеру, з приводу чого пацієнтки звертаються до лікарів загальної практики [4]. Крім того, жінки меншою мірою приховують свої емоційні проблеми від лікарів, оскільки ці моменти порушують сімейну і соціальну адаптацію, тоді як депресія у чоловіків часто маскується агресією, захопленням екстремальними видами спорту, азартними іграми, «за-

нуренням з головою» в роботу. Тим самим чоловіки намагаються відновити втрачений інтерес до життя та здатність отримувати задоволення [6].

Відмічено, що рівень тривоги був достовірно вищим в усіх групах хворих, що мали ІІ ФК ХСН: у першій групі за наявності ІІ ФК ХСН у 16 осіб рівень тривоги становив $12,0 \pm 1,2$ балу, тоді як при ІІ ФК ХСН у 4 – $12,8 \pm 1,1$ балу ($p < 0,05$); у другій групі у 22 хворих з ІІ ФК середній бал склав $11,7 \pm 1,1$, а за наявності ІІ ФК у 4 – $13,9 \pm 1,2$ балу ($p < 0,01$). У третій групі у 28 пацієнтів з ІІ ФК ХСН середній бал був $11,9 \pm 1,1$, при ІІ ФК у 6 – $13,7 \pm 1,1$ балу ($p < 0,01$). Подібну закономірність відзначено в рівні депресивних розладів при збільшенні ФК ХСН: у середньому $11,7 \pm 1,1$ vs. $13,4 \pm 1,2$ балу у хворих першої групи ($p < 0,05$), $11,6 \pm 1,1$ vs. $14,3 \pm 1,2$ балу в осіб з пароксизмальною формою ФП ($p < 0,01$) і $11,9 \pm 1,1$ vs. $14,4 \pm 1,1$ ($p < 0,01$) у третій групі (Табл. 3).

Таблиця 2.3.

Порівняльна характеристика рівня тривоги і депресії у досліджуваних групах

Показник, бали	ІІ ФК ХСН			ІІІ ФК ХСН		
	1-ша група n = 16	2-га група n = 22	3-тя група n = 28	1-ша група n = 4	2-га група n = 4	3-тя група n = 6
Рівень тривоги	$12,0 \pm 1,2$	$11,7 \pm 1,1$	$11,9 \pm 1,1$	$12,8 \pm 1,1^*$	$13,9 \pm 1,2^{**}$	$13,7 \pm 1,1^{**}$
Рівень депресії	$11,7 \pm 1,1$	$11,6 \pm 1,1$	$11,9 \pm 1,1$	$13,4 \pm 1,2^*$	$14,3 \pm 1,2^{**}$	$14,4 \pm 1,1^{**}$

Примітки: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Таким чином, збільшення ФК ХСН у хворих на ІХС, що супроводжувалося порушеннями ритму пароксизмального або постійного характеру, призводило до наростання рівня тривоги на 19,4% та депресії на 21,6% порівняно з особами без аритмії. Подібні зміни підтверджують думку А.Б. Смулевича, що

наростання ознак ХСН на тлі ІХС сприяє посиленню кардіоневротичних розладів, що нерідко призводить до формування синдрому да Коста (кардіалгії, порушення серцевого ритму, коливання артеріального тиску), прояви якого ускладнюють картину ІХС, а в деяких випадках дублюють симптомокомплекси ангінозного нападу [7]. На думку автора, у таких пацієнтів досить часто виявляється поєднання кардіальних синдромів (невротична іпохондрія) з тривожно-фобічними розладами, нав'язливими уявленнями, страхами іпохондричного змісту (канцеро-, кардіо-, ліссо-, танатофобія) та панічними атаками.

У пацієнтів з пароксизмальною формою ФП мали місце три основні періоди динаміки психічного стану: етап вираженої астенізації (перші три доби після епізоду ФП), який відмічений у 25 (83,3%) хворих, неврозоподібний (до двох тижнів) – у 16 (53,3%), період зворотного розвитку неврозоподібних станів – у 7 (23,3%). Неврозоподібний етап характеризувався синдромом дратівливої слабкості, підвищеної дратівливості, емоційною лабільністю, «очікуванням пароксизму ФП», іпохондричною фіксацією на хворобливих відчуттях, порушеннями сну, зниженням апетиту, що потребувало призначення антидепресантів.

Таким чином, на тлі ІХС у 75% пацієнтів мають місце тривожні та у 81,8% – депресивні розлади. Значний вклад у клінічну симптоматику вносить наявна ФП, внаслідок чого відбувається дезорганізація психічної діяльності, що характеризується невротичними моделями поведінки й високою внутрішньою напругою, і це, у свою чергу, веде до зниження якості життя хворих.

У дослідженнях з даної проблематики було встановлено, що в осіб з ознаками депресії частіше розвиваються ішемічна хвороба серця (ІХС), інфаркт міокарда, мозковий інсульт та раптова серцева смерть. Предикторами таких явищ є не лише клінічно виражений, так званий великий депресивний розлад, але й маловиражені депресивні епізоди. З одного боку, ІХС та її можливі ускладнення (інфаркт міокарда) можуть стати психотравмуючим чинником, що

провокує депресію, а з іншого – тривожний стан і депресія асоціюються з рецидивуючими, тривалими нападами стенокардії, порушеннями серцевого ритму, високою частотою коронарних подій [55].

У висновку можна зазначити, що у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) клінічно значуща тривожна симптоматика діагностується у 47,7%, депресивна – у 39,8% випадків, причому рівень тривоги і депресії більш виражений у пацієнтів, які мають порушення серцевого ритму у вигляді пароксизмальної або постійної форм фібриляції передсердь (ФП).

Клінічні прояви тривоги і депресії частіше зустрічаються у жінок (90%), ніж у чоловіків (68,9%), що нерідко призводить до тривалого та хронічного перебігу неврозоподібної симптоматики.

Функціональні класи (ФК) хронічної серцевої недостатності (ХСН) в осіб з ішемічною хворобою серця, що мають порушення серцевого ритму пароксизмального або постійного характеру, пов'язаний із наростанням рівня тривоги на 19,4% і депресії на 21,6% порівняно із хворими без тахіаритмії.

Лікування пацієнтів із захворюваннями нервової системи вимагає від лікаря/медичного працівника не тільки знань у галузі неврології, а й уміння зрозуміти переживання пацієнта, вселити йому довіру, налаштувати на подолання хвороби. Для невролога вирішення цих проблем часом викликає більші труднощі, ніж власне постановка діагнозу і вибір терапії. Дійсно, хоча практично для всіх захворювань нервової системи розроблені деякі діагностичні та лікувальні алгоритми, не може бути ніяких рекомендацій щодо взаємодії лікаря з конкретним і унікальним пацієнтом. Саме тому лікуючому лікарю/супроводжуючому медичному працівнику так важливо знати загальні принципи клінічної психології, заломлені в контексті тих чи інших клінічних форм захворювань нервової системи.

Роль психологічних факторів у розвитку найбільш поширених неврологічних захворювань, перспективи застосування психотерапії в неврологічній

клініці, а також можливості психологічної підтримки пацієнта, що надається лікуючим лікарем/медичним працівником, є дуже значними та важливими.

Проблема психологічної підтримки людини в період хвороби, яка часто призводить до інвалідності, соціальної дезадаптації, багатогранна і потребує сучасних досліджень і розробок. У відділення гострого порушення мозкового кровообігу та невідкладної кардіології госпіталізуються як літні, так і молоді пацієнти працездатного віку (25 років +/- 45 років), які потребують не тільки медикаментозного лікування, а й психологічної допомоги.

Отже, можна зазначити, що реабілітація постінсультних хворих спрямована на відновлення порушених функцій, соціальних контактів, професійних навичок, повернення хворого в суспільство і до посильної роботи, стає актуальною медико-соціальною проблемою.

Зростає важливість використання мультидисциплінарного підходу до лікування хворих на інсульт, а роль психолога як у нейропсихологічній діагностиці, так і в психотерапевтичному процесі є значною. Психотерапевтичне втручання є невід'ємною частиною сучасного лікування та профілактики ССЗ.

У значної частини хворих стійкі невротичні розлади зберігаються після інфаркту міокарда, усунення патології коронарних артерій, об'єктивного поліпшення гемодинаміки, підвищення толерантності до фізичних навантажень [55].

Можливо, у деяких хворих спровокований хворобою «криза ідентичності» не долається на етапах реабілітації, а іноді посилюється в умовах амбулаторного спостереження, що, безсумнівно, вимагає інтенсивної психологічної допомоги і підтримки.

Вибір того чи іншого методу психотерапії ґрунтується, перш за все, на зручності застосування, економічності та доступності для пацієнта. Таким чином, психотерапевтичне втручання має відповідати вимозі «суб'єктивної адекватності» та відповідати особливостям внутрішньої картини захворювання,

очікуванням пацієнта, його здатності до осмислення, його інтелектуальному та освітньому рівню. Не менш важливою є відповідність запропонованого методу особистісним особливостям пацієнта [69]. Психологічний супровід хворих на етапі госпіталізації в стаціонар проводиться з метою зниження інтенсивності гострого стресу, корекції невротичних, іпохондричних реакцій, з метою розробки індивідуальної програми психологічної реабілітації.

Психологічний супровід пацієнтів з інсультом та інфарктом міокарда включає кілька етапів:

Таблиця 2.4.

Психологічна підтримка пацієнтів з інсультом та інфарктом міокарда

1 етап	2 етап	3 етап
Психодіагностика або нейролінгвістичне тестування.	Психологічне консультування. Проведення тренінгів, груп саморозвитку. Профілактична підготовка. Релаксація.	Робота з родичами: групові заняття в школі «Життя після інсульту». Обмін досвідом.

На першому етапі роботи з пацієнтом проводиться психодіагностика або нейропсихологічне тестування (для оцінки ураження СН при інсульті) з метою виявлення психопатологічної структури особистості під час захворювання, преморбідних особливостей, ресурсів, ступеня патологічних змін у психіці. Важливо визначити зміст внутрішньої картини захворювання конкретного пацієнта, щоб ефективно оцінити реабілітаційний потенціал. Діагностична процедура дозволяє пацієнту висловити значні переживання на початкових етапах госпіталізації у вигляді вербальних повідомлень у вигляді бесіди або формалізованого інтерв'ю.

На другому етапі психологічної підтримки пацієнтів психолог має займатися відновленням патологічних невротичних реакцій, тривожно-депресивних, апато-депресивних, невротичних, астеничних станів, порушень сну. Використа-

но елементи клієнт-центрованої психотерапії К. Роджерса та когнітивно-поведінкової терапії А. Бека [39]. Під час стресу пацієнти потребують емпатії, безумовного позитивного прийняття, допомоги в розумінні почуттів, емоцій, символізації досвіду.

Психологічний супровід пацієнтів включає допомогу в розширенні способів реагування на хворобу, декатастрофізації, пошуку альтернативних поведінкових стратегій, формуванні мотивації для подальшого лікування та реабілітації. З пацієнтами, які не мають когнітивних порушень або мають незначний рівень порушень, що не заважає засвоєнню нової інформації, застосовують методи зміни негативних думок (метод «Усвідомлення негативних думок», методика «шкалювання» (Кулаков С.А., 2003), вправа «Зниження значущості майбутньої події» (за П. Шимером, С. Фергюсоном, 1990)) [50, 58]. Психолог обговорює з пацієнтом, як планувати цілі та дії в період лікування.

Релаксаційні заходи відіграють важливу роль у психологічній підтримці. У відділенні кардіології проводяться групові заняття з аутогенного тренування (використовуються методики: аутогенне тренування No1 «Релаксація і релаксація», No2 «Рівновага і стійкість до стресів»). Автори: проф. Востріков А.А., психотерапевт, проф. Табідзе А.А., психопедагог) для зняття напруги, перемикання свідомості на картини природи, прослуховування релаксаційної музики (серія «Цілюща музика» рекомендована Центром реабілітаційної медицини МОЗ РФ для полегшення стану стрес, релаксація та оздоровлення. Приклади творів: Beethoven – Moonlight Sonata, Grieg - Morning Mood from Peer Gynt, Tchaikovsky - Overture Miniature to The Nutcracker Suite, Mozart - Clarinet Quintet K.581 Larghetto & K.581 Allegre та інші).

Пацієнтам пропонуються вправи «Місце відпочинку» (за М. Лоскальцо, 1996), «Спогади про приємні відчуття, пов'язані з кольором» [], які допомагають розслабитися і зняти напругу в тілі. Інсульти та інфаркти часто супроводжуються больовими синдромами (головний біль, біль у серці, біль у верхніх

або нижніх кінцівках), у зв'язку з цим психолог пропонує ефективну вправу «Дихання проти болю» (за М. Сандомирським, 2005) [63].

Протипоказаннями до вправ, психотерапевтичних бесід є помірні та виражені когнітивні порушення, інтелектуальна недостатність, гострі психотичні стани, психопатоподібна поведінка.

Пацієнти, які за медичними показаннями здатні здійснювати рухи, відвідують профілактичні групові заняття, де психолог розповідає про особливості захворювання, фактори ризику та правила поведінки, які можуть забезпечити безпеку життєдіяльності. Проводиться окремий блок занять з вторинної профілактики куріння та зловживання алкоголем.

У відділенні ОНМК реалізується арт-терапевтична група самопізнання «Кольори моєї душі». У групі пацієнти вчаться краще усвідомлювати свої потреби, почуття, емоції за допомогою пластиліну, фарб, олівців. Група допомагає розширити творчий потенціал, дозволяє заново відкривати навколишній світ через колір, форму та відтінки. У групі обговорюються такі теми: «Я і мій світ», «Мої стосунки з оточуючими (моєю сім'єю)», «Я і хвороба», «Моя мрія», «Природа», «Почуття і настрої» і багато іншого.

Також психолог використовує вправи «Мій портрет у променях сонця», які допомагають у розвитку комунікативних навичок, сприяють процесу саморозкриття. Вправа «Дерево почуттів» сприяє вільному вираженню почуттів, хворі вчаться розуміти свої почуття і переживання, адекватно їх виражати і контролювати [14, 18, 23]. Тренінг з розвитку когнітивних процесів у людей похилого віку проводиться за рекомендаціями Герасименко Л.О., Гуляровським В [14, 20], що сприяє ефективній адаптації в побутових умовах, підвищує рівень саморегуляції та якість життя після виписки зі стаціонару.

Тренувальні, релаксаційні та профілактичні заняття, індивідуальне консультування проводяться не більше 30 хвилин 2 рази на тиждень, оскільки пацієнти схильні до швидкого виснаження та стомлюваності.

Третій етап психологічної підтримки – робота з родичами пацієнтів. Родичі часто потребують підтримки, допомоги в комунікативній взаємодії з пацієнтом, рекомендацій по догляду. Для реалізації цих завдань проводиться школа «Життя після інсульту». Це лекція на теми: «Механізм розвитку інсульту», «Симптоми інсульту та перша допомога потерпілому», «Особливості реабілітації при інсульті», «Постінсультна депресія. Рекомендації, як позбутися від депресії».

Для родичів хворих на інсульт розроблені наступні рекомендації:

1. Використовуйте принцип візуалізації та демонстрації у спілкуванні з пацієнтом. З пацієнтами в гострому періоді інсульту рекомендується спілкуватися, як з дітьми у віці 3-5 років. Важливо щось пояснити і в той же час показати наочно. Можна використовувати картинки і елементи невербальної поведінки.

2. Будьте терплячі. Інсульт – це не грип, відновлення може зайняти місяці або роки! Поведінка хворого часто нагадує поведінку дитини: примхливість, привернення уваги. Пам'ятайте, що це хвора людина і намагайтеся ставитися до його вчинків не як до вчинків здорової людини.

3. Дотримання режиму дня. Спати необхідно не менше 7-8 годин. Обов'язково спіть вночі, а вдень не спіть.

4. Принцип діяльності. Постарайтеся активізувати пацієнта з перших днів, якщо для цього немає протипоказань. Можливо, варто нагадати пацієнту, що не все залежить тільки від медикаментів і лікаря, варто щодня відновлювати рухи, розвивати пам'ять.

5. Принцип заохочення. Намагайтеся винагороджувати пацієнта навіть за незначні зміни.

6. Принцип самостійності. Постарайтеся, щоб пацієнт діяв самостійно в ситуаціях. Не ставайте нянею. Робіть це не замість хворого, а разом з хворим.

7. Принцип розподілу відповідальності: не рекомендується покладати весь тягар догляду за пацієнтом тільки на одного родича. Подумайте, з ким ви могли б розділити навантаження. Ви можете звернутися до органів соцзахисту за додатковою допомогою.

8. Звертайте увагу на свої потреби, залишайте час для себе, для хобі. У випадках підозри на наявність депресивного стану, проблем у стосунках з хворим родичем, при частих конфліктах в сім'ї, непорозумінні, у випадках кризи - почуття власної провини і неадекватності, зверніться за допомогою і підтримкою до психолога/психотерапевта.

Для родичів хворих на інфаркт розроблені наступні рекомендації:

1. Розподіл адекватного навантаження: захищайте хворого родича від важких фізичних навантажень.
2. Режим дня. Необхідно спати не менше 7-8 годин. Обов'язково спати вночі, вдень бути бадьорим.
3. Стрес. Намагайтеся мінімізувати вплив стресів у житті хворого. Навчитися змінювати ставлення до того, що відбувається, допоможе психолог.
4. Хворим не слід змінювати кліматичну зону проживання.
5. Харчування. Ознайомтеся з рекомендаціями з харчування, яке необхідно хворому. Інформацію можна отримати, звернувшись на консультацію до лікуючого лікаря.
6. Якщо хворого турбує кардіофобія, страх смерті, тривога, то необхідно звернутися до психолога/психотерапевта.
7. Якщо у вас виникають проблеми в спілкуванні з родичем або сам родич переживає стрес, то рекомендується звернутися на консультацію до психолога.

Загальні рекомендації:

Таким чином, психологічний супровід розроблено з урахуванням індивідуальних особливостей та потреб пацієнтів. Це комплексна психологічна

допомога, спрямована на регулювання психічного стану протягом періоду госпіталізації, оптимізацію подальшого функціонування в сім'ї та суспільстві.

Психологічна допомога лікаря не скасовує необхідності направлення пацієнта до психолога або психотерапевта при наявності відповідних показань. Однак в більшості випадків саме лікуючого лікаря доводиться брати участь у вирішенні тісно взаємопов'язаних медичних і психологічних проблем пацієнта, що вимагає від невролога не тільки компетентності в області своєї основної діяльності, але і деякої психологічної грамотності. Це і стало основою для роботи даних рекомендацій.

2.3. Психологічні рекомендації щодо психологічного супроводу відновлення соматичного стану хворих різних нозологічних груп психосоматичних розладів під час війни

Реакції на стрес різноманітні та проявляються через порушене психофізичне функціонування особи (сильне відчуття страху, смутку, напруги, тривоги, депресії, порушення здатності до спостереження, прийняття рішень, запам'ятовування, розгубленість, дезорієнтованість), через зміни в поведінці (агресивність, конфліктність, надмірне вживання алкоголю чи наркотиків, схильність до ризикованої чи суїцидальної поведінки, асоціальність, замкнення у собі, депресія) і через серйозно порушене психофізичне здоров'я настільки, що це може призвести до смерті (падіння імунітету, явні психосоматичні проблеми, діабет, серйозні психічні розлади - посттравматичний стресовий синдром, довготривалі зміни структури особистості, стан психозу, розвиток злоякісних пухлин, інфаркт, інсульт).

Тривога або занепокоєння (від лат. anxiositas: занепокоєння, тривога) є найпоширенішою формою страху, своєрідний сигнал про наближення загрози, або «страх від страху», який відчувається як переживання певного занепокоєння,

побоювання, невпевненості чи боязні. Головною причиною тривоги є невідомість, зокрема очікування неприємних подій у майбутньому, уявлення потенційної небезпеки, які поступово підривають психологічну стабільність та проявляються через суб'єктивні відчуття (неприємності, занепокоєння, депресії, зниженої здатності до дії тощо); фізіологічні зміни (збільшення частоти серцевого ритму, підвищення систолічного артеріального тиску, пришвидшене дихання та метаболізм, підвищене потовиділення тощо); зміну поведінки (підвищене збудження, нервові рухи, тремтіння пальців та тіла, уникнення соціальної комунікації, безсоння, труднощі з концентрацією уваги тощо) [27].

Відчуття тривоги залежить не лише від об'єктивної ситуації, а й від біологічних, соціальних та психологічних особливостей людини (вік, соціальний статус, риси особистості тощо). Також схильність до тривожності є спадковою, а не зовсім тією рисою, яку виробляють протягом життя, що важливо мати на увазі.

Тривога - це відчуття, яке спрямоване в майбутнє, а її сила зростає пропорційно просторовому та часовому наближенню потенційно реальної чи вигаданої загрози. Тривалий стан тривоги може викликати серйозні проблеми зі здоров'ям, у будь-якому випадку відображається на психологічній бойовій готовності військових.

З огляду на це, можна визначити основні заходи запобігання та процедури зниження відчуття тривоги у військових, зокрема перед бойовими діями:

- ознайомлення військових, зокрема командирів, з відчуттєвими, фізіологічними та поведінковими ознаками тривоги з метою їх розпізнавання та завчасного зменшення чи повного блокування:

- наголошення на нормальності та природності походження такого відчуття - запобігання розвитку відчуття сорому та провини у військових за відчуття тривоги;

- завчасне та повне інформування військових щодо майбутніх подій, можливого сценарію їх розвитку та закінчення, а також альтернативних рішень. Тобто, слід вдаватися до всіх дій, які можуть зменшити відчуття тривоги у військових, але при цьому не ставити під загрозу планування майбутньої військової операції (досвід доводить, що інститутом «військової таємниці» часто зловживають заради підкресленого відчуття власної переваги та значення або заради приховування непоінформованості, чому слід запобігати).

- психологічний відбір на окремі посади та спеціальності та усунення від посад кандидатів, які мають завищене відчуття тривоги (наприклад, кандидатів на керівні посади, у спецпідрозділи, військові пілоти тощо);

- переведення уваги військових на виконання різних дій перед бойовими подіями, враховуючи часову складову розвитку тривоги (відвернення уваги військових від наближення операції за допомогою збільшення їх зайнятості).

Страх, на відміну від тривоги, - це відчуття, яке розвивається внаслідок реального зіткнення з небезпекою та внаслідок об'єктивної оцінки про нездатність протистояти цій небезпеці. Спільна ознака всіх обставин, в яких з являється страх, - це відчуття неготовності чи відсутність розуміння що зробити, і як реагувати на небезпеку. Страх також розвивається в ситуаціях об'єктивної неможливості належного реагування, при повному усвідомленні цієї неможливості (наприклад, нестача вогнепальної зброї в ситуації інтенсивного обстрілу супротивника) [27].

Варто знати, що страх - це природне відчуття, яке має за мету мобілізувати весь організм у потенційно небезпечних для життя ситуаціях. Як і кожне відчуття, страх має свою фізіологічну основу, яка проявляється у низці реакцій симпатичної нервової системи (sympaticus), яка провокує викид гормонів у кров, зокрема адреналіну. Адреналін через кров переноситься у всі частини тіла та мозок, що призводить до збудження симпатичної частини нервової системи та утримання цього відчуття протягом тривалого часу. Адреналін може безпосере-

дньо впливати на діяльність серця, збільшуючи його биття, що пришвидшує циркуляцію крові та перенесення кисню та енергії всі частини тіла. Завдяки цьому фізіологічному механізмові організм починає працювати пришвидшено і здатен певний час працювати сильніше, швидше, динамічніше, ніж за звичайних обставин. Причому занадто тривала дія адреналіну обов'язково призводить до відчуття повного виснаження.

Важливо наголосити, що ці фізіологічні зміни дійсно відбуваються автоматично, без можливості їх свідомого контролю з боку людини (окрім виняткових випадків). Більше того, всі ці зміни мають акцентовано адаптаційну цінність у небезпечній ситуації, яка передбачає поведінку відповідно до популярної еволюційної формули: «бий або втікай». При зіткненні з небезпекою організм автоматично готується до дій, а непотрібні речі викидає назовні (тіло стає легшим), робота шлунка призупиняється, кров починає пришвидшено циркулювати та накопичується там, де є потреба в енергії - м'язах, що призводить до побліднення шкіри обличчя, зіниці розширюються заради кращого зору, інтенсивніше потовиділення та вставання волосся дибки означає охолодження організму з метою уникнення перегріву тощо.

Отже, страху не треба соромитися, його треба приймати та долати, зокрема навчитися діяти всупереч ускладненням, які це відчуття викликає. Врешті-решт, хоробрість - це вміння свідомо контролювати страх, та витримка у будь-яких ситуаціях.

Для подолання наслідків тривоги та страху необхідно використовувати рекомендації щодо психологічного супроводу відновлення соматичного стану хворих різних нозологічних груп психосоматичних розладів під час війни. На першому етапі відновлення соматичного стану нами запропоновано вправи для розслаблення м'язів такі як “Метод прогресивної м'язової релаксації” та ізометричні вправи.

Метод прогресивної м'язової релаксації був розроблений американським лікарем Едмундом Якобсоном у 1928 році, і з тих пір він широко використовується протягом більш ніж 80 років та внесений до системи охорони здоров'я багатьох країн. Якобсон установив, що під час стресової ситуації відбувається рефлекторне напруження м'язів, яке працює і в зворотному напрямку — розслабленість м'язів призводить до відчуття спокою, з'являється кращий кровообіг організму тощо. Вправа прогресивної м'язової релаксації заснована на простому принципі скорочення і розслаблення великої групи м'язів. Ця вправа охоплює м'язи всього тіла. Принцип дуже простий: спочатку напружте певну групу м'язів, тримайте м'язи напруженими протягом 5-10 секунд, а потім розслабте їх, відкиньтесь на спинку стільця, дихайте за допомогою живота 15-30 секунд і чекайте, поки м'язи, що були напруженими, розслабляться. Важливо відрізнити стан розслаблення від стану напруження, щоб і в інших життєвих ситуаціях ви змогли розпізнати напруження у тілі та зарекомендували собі технікою розслаблення. Рекомендовано практикувати цю вправу 20-30 хвилин на день.

Людям, які мають проблеми зі здоров'ям, варто було б, перш ніж застосувати цю техніку, проконсультуватися з лікарем.

Прогресивна м'язова релаксація заснована на наступних принципах: психічний і фізичний стрес взаємопов'язані; напруження, а потім різке розслаблення м'язів викликає сильне відчуття релаксації; після деякого огляду можна «сканувати» своє тіло і займатися тими частинами (м'язовими групами), які напружені; напружте: м'язові групи протягом 5-10 секунд, а потім різко їх розслабити; перебувати в розслабленому стані наступних 15-30 секунд; намагатися розрізнити напруженість і розслабленість своїх м'язів.

Ізометричні вправи використовуються, щоб зігріти тіло, покращити загальну фізичну форму, а також для психічної релаксації. Вони схожі на вправи прогресивної м'язової релаксації. їх можна виконувати в різних випадках і в різних місцях, наприклад, в офісі, на фронті, в окопі, у лісі тощо.

- Зігнуто тіло. Займіть наступне положення: лікті лежать на колінах, долонями притримуємо лоб, обидві ступні на підлозі. Вправа виконується так, щоб руки притискати до лоба і тулуба і чинити опір голові. Одночасно піднімати коліна, а ліктями притискаємо їх вниз. Це положення, в якому ціле тіло знаходиться в одному спазмі. Після цього розслабитись, як у попередніх вправах. Час для розслаблення вдвічі більший за час напруження м'язів.

- Вправи у парах. Ізометричні вправи можна виконувати у парах з товаришем або другом. Якщо працюєте в парі, то долоні повинні притискатися до долонь партнера, що стоїть перед собою. Правою рукою штовхаємо його ліву руку а він в цей час своєю правою рукою штовхає нашу ліву руку. Так само вдвох чинимо опір і лівою рукою, в той час як права під тиском. Потім ми міняємо руки.

- Вправи в окопах. Притуляємося спиною до однієї стінки окопа, а ногами впираємося в другу, затримуючи повітря. Залишаймося в такому положенні 2-3 секунди. Після цього видихаємо і розслаблюємося. Можна також руками впертися у стіну перед собою, а ногами — у стіну за собою. Руками можна впертися в дерево, стіну або схожий об'єкт.

Отже, техніки і методи саморегулювання можуть застосовуватися індивідуально або в групах. Важливо зазначити, що ці методи можуть бути успішними лише тоді, коли вони будуть засвоєні до автоматичного опору негативним чинникам, і якщо їх практика стала щоденною звичкою. Ці техніки доцільно практикувати за допомогою психолога або інших кваліфікованих осіб, але також можна користуватися поданими рекомендаціями.

ВИСНОВКИ

У сучасному світі зростає увага до психосоматичних проблем, що свідчить про їхню високу поширеність та важливість у стані здоров'я нації.

Розуміння ролі психіки у формуванні фізичного здоров'я дозволяє розробляти більш ефективні стратегії лікування та профілактики психосоматичних розладів, а збереження і покращення психічного здоров'я має важливе значення для їх запобігання.

В даному дослідженні проведено теоретичний аналіз проблеми психогенного генезу психосоматичних розладів, який визначив наступне. Психогенний чинник грає важливу роль у виникненні психосоматичних розладів. Емоційний стан, стрес та психічні переживання можуть впливати на фізичне здоров'я.

Різноманітні психосоматичні розлади можуть мати спільні механізми виникнення, такі як дисрегуляція нервово-гормональної системи чи вплив психо-соціальних чинників. Багато психосоматичних розладів мають функціональний характер, тобто їхні симптоми не завжди пов'язані з органічними або структурними змінами в організмі.

Психосоматичні розлади свідчать про тісну взаємодію між психікою та фізіологією. Емоції можуть викликати конкретні фізичні реакції та симптоми. Лікування та управління психосоматичними розладами вимагають комплексного підходу, що об'єднує як психотерапевтичні, так і медикаментозні методи.

У ході дослідження розглянуто стрес як психогенний чинник розвитку психосоматичних розладів. Стрес виступає ключовим психогенним чинником у розвитку психосоматичних розладів, що означає взаємозв'язок між психічним станом і фізичним здоров'ям. Психосоматичні розлади виникають або поглиблюються під впливом стресу, і цей процес може супроводжуватися різноманітними фізіологічними та психологічними реакціями, а саме: нервово-

гормональна реакція (стрес активує нервово-гормональну систему, що призводить до виділення гормонів, таких як кортизол і адреналін, які впливають на функціонування різних органів і систем), психічні реакції (емоційний стрес може викликати психічні реакції, такі як депресія або тривожні розлади, які в свою чергу можуть впливати на фізичне здоров'я), вплив на імунну систему (стрес може призводити до зниження імунітету), м'язове напруження (емоційний стрес може викликати напруження м'язів, що може призводити до болю в різних частинах тіла, особливо хронічний стрес), вплив на серцево-судинну систему (стрес може підвищити артеріальний тиск, збільшити частоту серцевих скорочень і сприяти розвитку серцевих захворювань, що є однією з типових психосоматичних реакцій) тощо.

В процесі дослідження з'ясовано, що соматичні прояви стресу в картині серцево-судинної та неврологічної хвороби можуть виявлятися різноманітно в залежності від нозологічної групи психосоматичних хворих. Хронічний стрес може призвести до підвищення артеріального тиску, що може впливати на стан судин, сприяючи розвитку артеріальної гіпертензії, призводити до серцевого нападу. Гострий стрес може бути фактором, що сприяє ризику розвитку інсульту.

Визначено типи стресу під час війни і особливості їх впливу на перебіг психосоматичних розладів. Вплив різних типів стресу на психосоматичне здоров'я людини під час війни може бути різнобічним і залежить від конкретних обставин. Виокремлено такі типи під час війни як: стрес від втрат, соціальний стрес, довготривалий стрес, стрес від невизначеності, стрес із-за економічних труднощів. Отже, підтримка під час воєнних конфліктів має бути спрямована на збереження психосоматичного здоров'я та сприяння адаптації до стресових умов.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрумова А. Г. Аналіз станів психологічної кризи і їх динаміка. *Психологічний журнал*. 2012. №6. С. 107-115.
2. Асшоер Крістоф. Як працювати з групами самопомоги для тих, хто пережив психотравматичні події. URL: <http://uzv.org.ua/yak-pratsyuvati-z-grupami-samodopomogidlya-tih-hto-perezhiv-psihotravmatichni-podiyi>/Біль фантомна // Медичний портал. URL: <http://www.eurolab.ua/symptomsua/painua/51/>
3. Баранов, В. Г. Психологія стресу. Київ: Академія. 2004
4. Блох: Введение в психотерапию. Под редакцией Сиднея Блоха. Издательство «Сфера». Амстердам-Киев. 280 с.
5. Бондаренко Н. Б. Супровід групи самопомоги осіб, які мають проблеми психічного здоров'я. *Наукові записки НаУКМА*. Педагогічні, психологічні науки та соціальна робота. 2015. Т. 175. С. 58–60. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/NaUKMApp_2015_175_12
6. Бріер Д., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів: Свічадо, 2015. 448 с.
7. Вайнола Р. Х. Технологізація соціально-педагогічної роботи: теорія та практика: навч. посіб. / за ред. проф. С. О. Сисоєвої. Київ: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2008. 134 с. С. 14–20.
8. Варій М. Й. Загальна психологія: підручник. Київ: Центр учбової літератури, 2007. 968 с.
9. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію / пер. з англ. Я. Кремінської. Львів: Свічадо, 2014. 420 с.
10. Вознюк, Г. П., & Ганущак, Ю. М.. Вплив стресу на психосоматичний стан людини. *Вісник проблем біології і медицини*, (4), 2014. Р. 48-51

11. Волошина В. В., Долинська Л. В., Ставицька С. О., Темрук О. В. Загальна психологія. Практикум: навч. посібник. Київ: Каравела, 2006. 280 с.
12. Галян І. М. Психодіагностика. Навч. посіб. Київ: Академвидав 2009. 464с.
13. Герасименко Л.О., Скрипніков А.М., Ісаков Р.І. Психогенні психічні розлади: навч.-метод. посіб. Всеукраїнське спеціалізоване видавництво Медицина, 2021. 208с.
14. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
15. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп. Львів: Інститут психічного здоров'я Українського Католицького Університету, 2016. 96 с.
16. Гончар, О. М. Психологічна допомога людині під час надзвичайних ситуацій. 2016.
17. Гостра реакція на стрес. Бібліотека «Здоров'я в Україні». URL: <http://www.dovidnyk.org/dir/25/136/1432.html>.
18. Групи самопомоги (self-help groups). Психологічна енциклопедія – grou-dan. URL: <http://enc.com.ua/psixologichna-enciklopediya/grou-dann/107650-grupisamodopomogiself-helpgroups.html>
19. Гуляровський В. А. Про взаємовідношення соматичного і психічного в медицині. Лікувальна справа, 2007. №8. С. 47-48.
20. Діагностичні методики: збірник. уклад: М.В. Лемак, В.Ю. Петрище. – Вид.2-ге, виправл. – Ужгород: Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. 616с.: іл.
21. Дубинина, И. Н. Психологія стресостійкості: теорія і практика. Київ: Інститут психології ім. Г.С. Костюка. 2012.

22. Зелінська Я. Особливості психічного вигорання в аспекті професійного стресу Соціальна психологія. 2011. №6 (38). С.127-135.
23. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/77241343.pdf>
24. Кириленко Т.С. Психологія: емоційна сфера особистості: навч. посібник. Київ.: Либідь, 2007. 270с.
25. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. Київ : Унів. вид-во Пульсари, 2017. 216 с.
26. Класифікація психологічних тестів. URL: <https://studopedia.org/13-103872.html>
27. Комар З. Психологічна стійкість воїна: підручник для військових психологів. Київ, 2017. URL: <https://dovidnykmpz.info/psycho/pidruchnyk-dlia-viskovykh-psykholohiv/>
28. Кондратенко Л. О., Манилова Л. М., Чекстере О. Ю. Вплив психологічного стресу, викликаного гібридною війною в Україні, на професійні спроможності педагогів. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*. 2016. № 1(13). С. 275–284 URL: <http://orcid.org/0000-0003-4037-9652> 275
29. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини. Луцьк: Вежа, 2011. 430 с.
30. Красновський В.М. Дослідження психічних станів: історія і сучасність. Практична психологія та соціальна робота. 2006. № 12. С. 24-28.
31. Лазорко О. В. Психологія безпеки особистості як суб'єкта професіоналізації: автореф. дис. доктора психол. наук: 19.00.01. Харків, 2017. 36с.
32. Лебединський, В. В. Вплив стресу на функціональний стан органів травної системи. *Наукові вісті НТШ*, (5), 2018. С. 53-60.

33. Лисечко М.В. Вплив стресу на організм. Криворізький державний педагогічний університет. *Психологічна служба*. <https://kdpu.edu.ua/sotsialno-hromadska-diialnist/psykholohichna-sluzhba/rekomendatsii/18060-vplyv-s>
34. Литвиненко, О. В., & Гончар, О. М. Стрес як фактор ризику розвитку психосоматичних розладів у медичних працівників. *Медична психологія*, (2), С. 37-43. 2016.
35. Макарова, Г. Г. Стрес і методи його вивчення: навч. посіб. Харків: Вища шк. 2007.
36. Максименко С. Д., Коваль І. А., Максименко К. С., Папуча М. В. Медична психологія. Вінниця. Нова Книга. 2008. 520 с.
37. Масляк, П.В. Психосоматичні захворювання: діагностика і лікування, 2011.
38. Медсанбат: бойовий стрес. URL: <http://www.medsanbat.info/medsanbat-boyoviy-stres>
39. Методичні рекомендації по проведенню тренінгу-курсу для підлітків з питань просвітницької роботи щодо здорового способу життя. Київ : Навчальна книга, 2002. 47 с.
40. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / пер. з англ. Діана Бусько; наук.ред. Катерина Явна. (Серія «Сам собі психотерапевт»). Львів: Видавництво Українського католицького університету, 2014. 120 с.
41. Перша психологічна допомога. Керівництво щодо роботи. Львів : Видавництво «Друкарські куншти». 2015.
42. Пилягіна Г. Я. Медична психологія: в 2 т.: підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів. Вінниця: ПП Нова книга. 2020. Т. 1. 288 с.
43. Приходько Ю. О., Юрченко В. І. Психологічний словник-довідник: Навч. посіб., 4-те вид., випр. і доп. Київ: Каравела, 2020. 418 с.

44. Психологія стресу. Програма навчальної дисципліни. Київ: Університет імені Бориса Грінченка, 2014. – 21 с.
45. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві. збірник тез III Всеукраїнської науково-практичної конференції (19 жовтня 2018 року) / упор. Н. М. Бамбурак. Львів: ЛьвДУВС, 2018. 448 с
46. Психологія поведінки на війні: практичний poradnik: навчальний посібник / за заг. ред. В. І. Осьодла. Київ : НУОУ, 2014. 125 с.
47. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf
48. Самодопомога: технологія соціальних змін. Посібник / Кол. авт.: Єжи Шмагалські, Йоанна Маршал, Павел Йордан. Упоряд. Богдан Маслич. Ресурсний центр «Гурт». Київ: СПД Мартинова Ю. Я., 2008. 77 с. URL: <http://gurt.org.ua/uploads/news/2009/01/13/samodopomoga.pdf>
49. Стаднік С.М. Тривожно-депресивні розлади у пацієнтів з кардіальною патологією. *Психоневрологія і нейропсихіатрія*. 2014. №6 (61). <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2014/6%2861%29/article-1413/trivozhno-depresivni-rozladu-u-pacientiv-z-kardialnoyu-patologiiyu#gsc.tab=0>
50. Тренінг післятравматичного росту «Серце воїна». URL: <https://www.facebook.com/events/1676486462621257>
51. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. *Посттравматичний стресовий розлад*. Available at: http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2016_121_PTZR/2016_121_YKPMPTZR.doc (accessed: 01.03.2016)
52. Трощенко, Л. П. Стрес із психологічного підходу. Харків: Основа. 2006

53. Філімонов. В.І. Фізіологія людини: підручник — 4-е видання. «Медицина» 2021. 488 с.
54. Царенко Л. Г. Екстремальні чинники розладів адаптації у військовослужбовців, які беруть участь в антитерористичній операції. *Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції*: матеріали міжвідом. наук.-практ. конф. (Київ, 30 березня, 2016 р.): у 2 ч. / Київ: Нац. акад. внутр. справ, 2016. С. 220–223.
55. Шапар В. Д. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор, 2007. 640 с.
56. Шевченко, О. В. (2019). Вплив психологічного стресу на функціональні зміни у кардіоваскулярній системі. *Здоров'я і суспільство*, 9(1), 68-73.
57. Шевченко О. Т. Психологія кризових станів. Уроки життя крізь призму страждань. Київ: «Здоров'я», 2005.
58. Широкова, Н. А. (2011). Стрес із медико-психологічного підходу. Київ: Видавництво Іздателський дім «Медкнига».
59. Ягупов В. Військова психологія: підручник. Київ: Тандем, 2004. 656 с.
60. Яценко Т., Іваненко Б., Євтушенко І. Глибинна психокорекція та упередження психічного вигорання. Частина 1. Київ: Главник, 2008. С.176-180.
61. Brosschot, J. F., Gerin, W., & Thayer, J. F.. The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of psychosomatic research*, 60(2), 2006. P. 113-124.
62. Chrousos, G. P. Stress and disorders of the stress system. *Nature Reviews Endocrinology*, 5(7), 2009. P. 374-381.
63. Dhabhar, F. S. Effects of stress on immune function: the good, the bad, and the beautiful. *Immunologic research*, 58(2-3), 2014. P. 193-210.

64. Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. K. Stress-induced immune dysfunction: Implications for health. *Nature Reviews Immunology*, 5(3), 2005. P. 243-251.
65. Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: Back to the future. *Psychosomatic medicine*, 64(1), 2002. P. 15-28.
66. Kivimäki, M., Kawachi, I. Work Stress as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. *Current Cardiology Reports*, 17(9), 2015.P. 630.
67. Rief, W., Hennings, A., Riemer, S., Euteneuer, F. Psychobiological Factors in the Development and Maintenance of Chronic Pain. *Psychosomatic Medicine*, 77(3), 2015. P. 283-291.
68. Steptoe, A., Kivimäki, M. Stress and cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*, 9(6), 2013. P. 360-370.