

РОЛЬ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У РОЗВИТКУ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ

THE SIGNIFICANCE OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN THE DEVELOPMENT OF DEPRESSIVE STATES

У статті розглянуто проблему психосоматичних розладів у контексті їхнього зв'язку з розвитком депресивних станів в умовах хронічного стресу та соціальних криз, зокрема війни в Україні. Зазначається, що психосоматичні прояви є наслідком тривалої психоемоційної напруги, пригнічених емоцій і неусвідомлених конфліктів, що в поєднанні з несприятливими соціальними чинниками призводить до формування психологічної дезадаптації. На теоретичному рівні досліджуються філософські, історичні та клініко-психологічні підходи до розуміння психосоматики, а також механізми її взаємозв'язку з депресивними розладами (зокрема феномен набутої безпорадності). Здійснено теоретичний аналіз підходів до розуміння психосоматичних явищ та депресивних станів. Виявлено, що психосоматика є багатфакторним явищем, пов'язаним із стресом, внутрішніми конфліктами та пригніченими емоціями. З'ясовано, що депресивні стани часто супроводжують або передують соматичним симптомам.

У межах емпіричного дослідження застосовано Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS). Результати свідчать про статистично значущі відмінності між рівнем тривоги, депресії та психосоматичних проявів. У групі ранньої зрілості частіше фіксуються субклінічні та клінічні рівні тривожності й депресивності, а також вища інтенсивність психосоматичних симптомів. Емпіричні результати підтвердили, що помірна або висока вираженість психосоматичних симптомів супроводжується зростанням інтенсивності тривожних і депресивних станів. Респонденти з високим рівнем психосоматичних скарг частіше демонстрували погіршення емоційного стану, що свідчить про тісний зв'язок між психічними переживаннями та соматичними проявами. Отримані дані підтверджують наявність тісного, хоча й не лінійного, взаємозв'язку між емоційними станами та тілесними скаргами. Зроблено висновок про доцільність ранньої психопрофілактики та необхідність міждисциплінарного підходу в діагностиці та терапії психосоматичних і депресивних порушень.

Ключові слова: психосоматичні розлади, депресивні стани, хронічний стрес, психоемоційна напруга, набута безпорадність, психопрофілактика.

The article examines the issue of psychosomatic disorders in the context of their connection with the development of depressive states under conditions of chronic stress and social crises, particularly the war in Ukraine. It is noted that psychosomatic manifestations are the result of prolonged psycho-emotional tension, repressed emotions, and unconscious conflicts, which, combined with adverse social factors, lead to the formation of psychological maladaptation. On the theoretical level, the study explores philosophical, historical, and clinical-psychological approaches to understanding psychosomatics, as well as the mechanisms of its relationship with depressive disorders (in particular, the phenomenon of learned helplessness). A theoretical analysis of approaches to understanding psychosomatic phenomena and depressive states has been conducted. It was found that psychosomatics is a multifactorial phenomenon associated with stress, internal conflicts, and suppressed emotions. It was established that depressive states often accompany or precede somatic symptoms.

Within the empirical study, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used. The results indicate statistically significant differences in the levels of anxiety, depression, and psychosomatic manifestations. Among individuals in early adulthood, subclinical and clinical levels of anxiety and depression, as well as higher intensity of psychosomatic symptoms, were more frequently recorded. Empirical results confirmed that moderate or high severity of psychosomatic symptoms is accompanied by an increase in the intensity of anxious and depressive states. Respondents with a high level of psychosomatic complaints more often showed deterioration in emotional state, which indicates a close connection between psychological experiences and somatic manifestations. The obtained data confirm the existence of a strong, although non-linear, relationship between emotional states and bodily complaints. The conclusion emphasizes the importance of early psychological prevention and the necessity of an interdisciplinary approach in the diagnosis and treatment of psychosomatic and depressive disorders.

Key words: psychosomatic disorders, depressive states, chronic stress, psycho-emotional tension, learned helplessness, psychological prevention.

УДК 159.922

DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.74.44>

Стаття поширюється на умовах ліцензії CC BY 4.0

Можаровська Т.В.

к.психол.н., доцент

Поліський національний університет

Бусько В.М.

здобувачка першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

Поліський національний університет

У сучасному світі, який характеризується високим рівнем соціальної турбулентності, нестабільністю, зростанням стресових навантажень та тривалими кризовими ситуаціями (зокрема, війною в Україні), проблема психічного здоров'я населення набуває особливої актуальності. Серед численних проявів психологічної дезадаптації значне місце посідають психосоматичні розлади, які постають як результат складної взаємодії психічних і соматичних факторів. Актуальність вивчення цього явища зумовлена не лише медичними, а й соціальними

чинниками, адже такі стани істотно впливають на якість життя, міжособистісну взаємодію та соціальне функціонування людини.

Особливу увагу дослідників привертає зв'язок психосоматичних порушень із розвитком депресивних станів. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, депресія є однією з провідних причин інвалідизації населення у всьому світі. Зростання поширеності тривожних і депресивних розладів у різних вікових групах, а також посилення функціональних обмежень унаслідок цих станів

Таблиця 1
Розподіл рівнів тривоги та депресії за HADS
серед усіх респондентів (n = 55)

Рівень прояву	Тривога (A)	Депресія (D)
Норма	29 (52,73%)	38 (69,09%)
Субклінічний рівень	17 (30,91%)	11 (20%)
Клінічний рівень	9 (16,36%)	6 (10,91%)

зумовлює необхідність глибшого осмислення взаємозв'язків між тілесними симптомами і психічними процесами.

У межах даного теоретичного дослідження розглядаються основні підходи до розуміння психосоматичних захворювань, аналізується їх роль у формуванні депресивних станів, окреслюються ключові історичні, філософські та клініко-психологічні аспекти взаємодії між тілом і психікою. Також приділяється увага сучасним уявленням про механізми формування депресивних розладів, зокрема феномену набутої безпорадності, що виступає одним із чинників зниження психологічної резистентності особистості в умовах хронічного стресу.

Таким чином, метою статті є комплексний аналіз теоретичних засад дослідження ролі психосоматичних захворювань у розвитку депресивних станів, а також виявлення психоемоційних чинників, що сприяють виникненню та загостренню цих порушень у сучасних соціокультурних умовах.

У результаті теоретичного аналізу літературних джерел встановлено, що психосоматичні розлади є складним явищем, яке має як психологічні, так і фізіологічні компоненти. Вони виникають унаслідок тривалого психоемоційного напруження, неусвідомлених конфліктів, придушення емоцій, індивідуальних реакцій на стресові ситуації, а також унаслідок несприятливих соціальних та генетичних чинників [3; 4; 6; 7; 11]. Історичні підходи, починаючи з уявлень античних лікарів до сучасних досліджень, підтверджують глибокий взаємозв'язок між станом психіки та фізичним здоров'ям [10].

Психосоматика розглядається як міждисциплінарна галузь, що поєднує медичні, психологічні та соціальні підходи до розуміння природи хвороб, підкреслюючи вплив психологічних чинників на соматичне здоров'я [7]. Зокрема, доведено, що психосоматичні порушення часто супроводжуються депресивними станами, а депресія – одне з найпоширеніших психічних порушень XXI століття – може мати як психогенне, так і соматичне походження [2; 5; 9].

Описані в літературі механізми, такі як набуто безсилля (безпорадність) [1; 12], емоційна дисрегуляція, психофізіологічна напруга та відсутність адекватних копінг-стратегій, сприяють формуванню як психосоматичних симптомів, так і клінічної депресії. У контексті тривалих кризових подій, зокрема війни в Україні, значно зростає актуальність розгляду психосоматичних розладів як маркерів погіршення психічного здоров'я населення, попри недостатню кількість статистично підтверджених досліджень у цій галузі [7].

Таким чином, аналіз літератури підтвердив доцільність і наукову обґрунтованість подальшого вивчення взаємозв'язку психосоматичних порушень і депресивних станів. Це дозволяє розглядати психосоматику не лише як прояв тілесного реагування на стрес, але й як потенційний механізм розвитку глибших психічних розладів, що вимагає комплексного психодіагностичного та психотерапевтичного підходу.

Емпіричне дослідження спрямоване на вивчення проявів психосоматичних симптомів та особливостей емоційного стану особистості, зокрема тривожних і депресивних тенденцій. Дослідження проводилось у формі онлайн анкетування з використанням методики Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS). Загальна вибірка дослідження складала 55 осіб віком від 19 до 60 років, які були розподілені на дві вікові категорії відповідно до психосоціальної теорії розвитку Е. Еріксона [9]. Група ранньої зрілості включала 15 осіб, що становило 27,27% вибірки, а група середнього віку – 40 осіб, яка становить 72,73%.

За результатами тестування було виявлено, що у 52,73% респондентів – нормальний рівень тривожності, 30,91% – субклінічний рівень і у 16,36% – клінічну тривогу. Аналіз показників за шкалою депресії засвідчує, що 69,09% осіб мають показник у межах норми, 20% – субклінічну депресію, а 10,91% – клінічну.

Аналіз результатів у вікових групах засвідчив істотну різницю у показниках емоційних станів. Зокрема, серед респондентів групи ранньої зрілості лише 26,67% мали нормальний рівень тривожності, тоді як 40% демонстрували субклінічний рівень, а 33,33% – клінічно виражену тривогу. Аналогічна ситуація спостерігалася і щодо депресії, де норма була зафіксована у 60% учасників, 26,67% мають субклінічні прояви, а 13,33% – клінічні прояви депресії.

У групі середнього віку, навпаки, спостерігалася тенденція до переважання нормального емоційно-

Таблиця 2

Показники HADS у групах ранньої зрілості та середнього віку

Категорія	Рання зрілість		Середній вік	
	Тривога:	Депресія:	Тривога:	Депресія:
Норма	4 (26,67%)	9 (60%)	25 (62,50%)	29 (72,50%)
Субклінічна	6 (40%)	4 (26,67%)	11 (27,50%)	7 (17,50%)
Клінічна	5 (33,33%)	2 (13,33%)	4 (10%)	4 (10%)

го стану: 62,5% респондентів продемонстрували нормальний рівень тривожності, 27,5% – субклінічну форму і лише 10% – клінічну. За шкалою депресії аналогічно: у 72,5% осіб – норма, у 17,5% – субклінічна форма, у 10% – клінічна.

Порівняльний аналіз свідчить про те, що в групі ранньої зрілості тривожність і депресивні стани виявляються частіше і мають виразніший характер, ніж у респондентів середнього віку. Це може пояснюватись тим, що особи молодшого віку перебувають у більшій кількості стресових ситуацій, мають менше життєвого досвіду та менш сформовані механізми емоційної саморегуляції. Такі психологічні труднощі нерідко виявляються на тілесному рівні, що й обґрунтовує звернення до другої частини діагностики – аналізу психосоматичних симптомів.

Застосування авторської анкети, спрямованої на виявлення психосоматичних симптомів, дозволило встановити, що низька вираженість психосоматичних проявів спостерігалась у 12,73%, помірною – у 54,55%, і висока вираженість характерна для 32,73% респондентів.

Подальший аналіз було здійснено відповідно до розподілу вікових категорій. У групі ранньої зрілості найчастіше спостерігалась висока вираженість психосоматичних симптомів – 40%, помірною вираженість мала місце у 46,67%, а низька у – 13,33%.

Натомість у групі середнього віку переважала помірною вираженість – 57,50%, висока вираженість була зафіксована у – 30%, а низька – у 12,50%.

Отже, у респондентів ранньої зрілості частіше фіксується висока інтенсивність симптомів, що може свідчити про більшу емоційну нестабільність, підвищену тривожність або меншу здатність до ефективної саморегуляції в цьому віковому періоді. Для групи середнього віку характерними є більш помірний рівень психосоматичних проявів, що може відображати кращу адаптацію до стресових факторів та більш сформовані механізми подолання стресу.

З метою виявлення статистично значущих відмінностей між рівнем тривожності, депресивності та проявами психосоматичних симптомів, було застосовано парний t-критерій Ст'юдента. Було виявлено наявність статистично значущої різниці між середніми показниками за шкалою тривожності (A) та шкалою психосоматичних симптомів: $t = 11,99$; $p < 0,001$, що свідчить про високий рівень значущості. Середній бал за шкалою психосоматики ($M = 8,69$) виявився суттєво вищим, ніж середній бал за шкалою тривожності. Цей результат демонструє, що у респондентів прояви психосоматичних симптомів більш виражені, ніж рівень суб'єктивно усвідомленої тривоги. Також виявлено ще вищий рівень статистичної значущості при порівнянні шкали депресії (D) з психосоматичними симптомами: $t = 17,85$; $p < 0,001$. Середній бал за шкалою психосоматики ($M = 10,89$) значно переважав відповідний показник за шкалою депресії. Цей результат вказує на те, що тілесні скарги та соматичні симптоми, які можуть бути наслідком

Таблиця 3

Загальний рівень психосоматичних проявів (n = 55)

Вираженість симптомів	Кількість осіб
Низька	7 (12,73%)
Помірною	30 (54,55%)
Висока	18 (32,73%)

Таблиця 4

Психосоматичні прояви за віковими категоріями

Вираженість симптомів	Рання зрілість (n = 15)	Середній вік (n = 40)
Низька	2 (13,33%)	5 (12,50%)
Помірною	7 (46,67%)	23 (57,50%)
Висока	6 (40%)	12 (30%)

психологічного дистресу, є більш вираженими, ніж безпосередньо прояви депресивної симптоматики, оцінені за HADS.

Таким чином, отримані показники демонструють, що психосоматичні симптоми в досліджуваній вибірці виражені значно сильніше, ніж симптоми тривожності або депресії, зафіксовані за допомогою шкали HADS. Це може свідчити про тенденцію соматизації психоемоційних переживань, коли внутрішні психологічні труднощі проявляються переважно через тілесні симптоми, а не усвідомлюються як емоційні проблеми.

Аналіз результатів засвідчив, що у більшості респондентів із клінічним або субклінічним рівнем тривоги і депресії спостерігалися також високі або помірні психосоматичні симптоми. Особливо виразно цей зв'язок проявився у групі ранньої зрілості, де майже кожен третій респондент мав як емоційні, так і соматичні порушення. Натомість у групі середнього віку, попри наявність помірного емоційного напруження, психосоматичні симптоми мали менш виражений характер.

Результати проведеного дослідження показали, що у значної частини респондентів спостерігаються прояви емоційної напруги. Особливо це характерно для осіб ранньої зрілості, у котрих частіше проявляються субклінічні та клінічні показники тривожності, а також вища вираженість психосоматичних ознак у порівнянні з групою середнього віку. Такі результати засвідчать про потребу у своєчасній профілактиці, спрямованій на підтримку психоемоційного стану та зменшення ризику формування стійких розладів.

Таким чином, між психосоматичними симптомами та рівнем депресивності існує статистично значущий взаємозв'язок, однак він не є лінійним чи однозначним вираженням. Високий рівень психосоматичних симптомів може не завжди відповідати високим показникам депресії, але вказує на прихований емоційний дистрес, пов'язаний із тривалим стресом, неусвідомленими переживаннями та особистісними чинниками.

Таким чином, нами було проведено теоретико-емпіричне дослідження ролі психосоматичних захворювань у розвитку депресивних станів, у результаті якого було виявлено, що психосоматика є багатофакторним явищем, пов'язаним із стресом, внутрішніми конфліктами та пригніченими емоціями; з'ясовано, що депресивні стани часто супроводжують або передують соматичним симптомам.

Встановлено, що показник тривожності та депресії значно різниці в залежності від вікової категорії. У респондентів ранньої зрілості частіше спостерігається субклінічні й клінічні ознаки, що може бути пов'язано з емоційною нестійкістю. У середньому віці частіше фіксується нормальний рівень емоційного стану. Психосоматичні симптоми також були інтенсивнішими в групі ранньої зрілості.

Емпіричні результати підтвердили, що помірна або висока вираженість психосоматичних симптомів супроводжується зростанням інтенсивності тривожних і депресивних станів. Респонденти з високим рівнем психосоматичних скарг частіше демонстрували погіршення емоційного стану, що свідчить про тісний зв'язок між психічними переживаннями та соматичними проявами.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Дудник О. Набута безпорадність та депресія: особливості взаємозв'язку. Психологічний журнал, 2021. (7), 37–45.
2. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки, 2026. (1), 77–81.
3. Кітчак Н., Тимошук В., Момоток Ю. Психосоматика. Перебіг недуг та причини їх виникнення. Collection of scientific papers "ΛΟΓΟΣ" (24 листопада 2023; Сеул, Південна Корея), 255–257.
4. Колесніченко Л. А. Особливості надання психологічної допомоги особам з психосоматичними розладами. У Матеріали доповідей учасників II Всеукраїнського конгресу із соціальної психології «Соціальна психологія сьогодні: здобутки і перспективи». Київ, 2019. с. 165–166.
5. Круглова Н. Теоретичні засади дослідження сутності депресії та депресивних станів і їх психологічних проявів. Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології», 2020. (49), 202–223.
6. Огоренко В. В., Шорніков А. В. Інтегративний підхід в генезі психосоматичних розладів з позицій концепцій про особистість. Вісник проблем біології і медицини = Bulletin of Problems Biology and Medicine, 2019, 2(4), 14–17.
7. Перетятко Л. Г., Тесленко М. М. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. Психологія і особистість, 2017. (2), 137–147.
8. Періодизація розвитку особистості за Е. Еріксоном. (n.d.). Підручники. URL: https://pidru4niki.com/2008021537059/psihologiya/periodizatsiya_rozvitku_osobistosti_eeriksonom (Дата звернення: 19.05.2025).
9. Пфайфер Д. Р. Депресія. Хвороба сучасності (О. Кушніков, пер.). URL: [https://www.vyacheslavkhalanskiy.com.ua/images/articles/62/1515229112_54431080%20\(2\).pdf](https://www.vyacheslavkhalanskiy.com.ua/images/articles/62/1515229112_54431080%20(2).pdf) (Дата звернення: 29.04.2025).
10. Тіхоміров А. І. Психосоматика: Чому і як не проговорені емоції впливають на наше тіло. Тези доповідей. Фізичне виховання та спорт, 2024, с. 59–66.
11. Харченко Д. М., Чистовська Ю. Ю. Особливості психосоматичних скарг в осіб із різними стилями поведінки. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки, 2017. 2(2), 190–194.
12. Abramson L. Y., Seligman M. E. P., Teasdale J. D. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 1978, 87(1), 49–74. URL: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49> (дата звернення: 29.04.2025).