

ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УКРАЇНСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ ІНСТИТУТ»
Кафедра педагогіки та психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня бакалавр
спеціальності 053 «Психологія»
на тему:

«Роль пригніченої агресії у формуванні психосоматичних захворювань»

Роботу виконала:
студентка групи ЗПС-21
Наталія УРЯДІНА

Науковий керівник:
доцент кафедри педагогіки та
психології
Аліна ПАРАССЕЙ-ГОЧЕР

Буча
2025

ЗМІСТ

ВСТУП	4
Розділ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ПРИГНІЧЕНОЇ АГРЕСІЇ У ФОРМУВАННІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	7
1.1. Поняття та сутність агресії у психології	7
1.2. Феномен пригніченої агресії: механізми та причини	14
1.3. Психосоматичні захворювання: визначення, класифікація, основні підходи	16
1.4. Взаємозв'язок пригніченої агресії та формування психосоматичних розладів	21
Висновки до розділу 1	26
Розділ 2. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ПРИГНІЧЕНОЇ АГРЕСІЇ У ФОРМУВАННІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	28
2.1. Відбір та обґрунтування методичного інструментарію	28
2.2. Опитувальник діагностики стану агресії (А. Басса, А. Дарки) ...	30
2.3. Методика самооцінки психічних станів (Г. Айзенк)	31
2.4. Опитувальник невротичних розладів (Х. Хансен)	32
Висновки до розділу 2	34
Розділ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ПРИГНІЧЕНОЇ АГРЕСІЇ У ФОРМУВАННІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	35
3.1. Організація емпіричного дослідження ролі пригніченої агресії у формуванні психосоматичних захворювань	35
3.2. Аналіз агресивності досліджуваних	37
3.3. Аналіз психічних станів досліджуваних	43
3.4. Аналіз психосоматичних захворювань досліджуваних	47
3.5. Аналіз ролі пригніченої агресії у формуванні психосоматичних захворювань	61

3.6. Практичні рекомендації щодо роботи із пригніченою агресією

Висновки до розділу 3	77
ВИСНОВКИ	80
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	82
ДОДАТКИ	87

ВСТУП

Агресія входить до складу людської психіки, та є предметом вивчення багатьох різноманітних дисциплін, які включають в себе психологію, медицину, психіатрію, нейробіологію та інші.

Агресія за своєю природою може мати як конструктивний так і деструктивний вплив на фізичний та психічний стан особистості.

Питанням дослідження агресії займалися такі відомі науковці як: Ф.Аллан, Р.Ардри, А.Бандура, А.Басс, Л.Бендер, Р.Берон, Х.Бруннер, Т.Гоббс, Х.Дельгаро, Д.Доллард, Г.Карей, К.Лоренц, Д.Майлс, Н.Міллер, Д.Морріс, Д.Річардсон, Р.Тремблей, З.Фрейд, Е.Фромм та ін.

Одним з маловивчених видів агресії є пригнічена агресія, але в сучасному світі, вона привертає все більше уваги науковців. Адже багато людей аби відповідати соціальним нормам, культурним установкам та уникати конфлікти, намагаються придушувати агресивні імпульси в сторону оточуючих, що в свою чергу призводить до хронічного стресу та тривалого емоційного напруження.

Агресія, яка ніяк не виражається особистістю у зовнішній світ та накопичується всередині людини може бути причиною розвитку різних психосоматичних розладів, що позначається на фізичному стані. До поширених у сьогоденні психосоматичних хвороб можна віднести виразкову хворобу, бронхіальну астму, гіпертензію, захворювання шкіри та інші.

Проблема психосоматичних захворювань висвітлена у роботах вчених: Ф. Александера, С. Джеліффа, Ф. Данбара, Е. Вейсса, О. Інгліша, В. Райха, Г. Гродека, М. Дойча, Н. МакВільямса.

Зі зростанням стресових навантажень на даний момент, особливо в українському суспільстві, де люди зазнають наслідків воєнного часу, питання адаптації та управління емоційною напругою набувають особливої значущості. Усвідомлення та ефективне управління агресивними імпульсами

можуть відігравати ключову роль у профілактиці психосоматичних захворювань та підвищенні якості життя населення.

Саме тому дослідження взаємозв'язку між пригніченою агресією та формуванням психосоматичних захворювань є надзвичайно важливим у контексті сучасної психології та медицини.

Таким чином, дане дослідження спрямоване на виявлення механізмів впливу пригніченої агресії на формування психосоматичних розладів, що може стати основою для розробки ефективних психологічних програм профілактики та терапії.

Мета дослідження Теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити роль пригніченої агресії у формуванні психосоматичних захворювань

Об'єкт дослідження – пригнічена агресія

Предмет дослідження – роль пригніченої агресії у формуванні психосоматичних захворювань

Завдання.

1. Розкрити сутність пригніченої агресії та її психологічних механізмів.
2. Проаналізувати основні психосоматичні захворювання та їх зв'язок із психологічними факторами.
3. Здійснити підбір методик для виявлення особливостей пригніченої агресії та психосоматичних захворювань особистості.
4. Емпірично дослідити зв'язок між пригніченою агресією та психосоматичними захворюваннями.

Гіпотеза. Ми припускаємо, що пригнічена агресія є значущим психологічним чинником, що сприяє формуванню психосоматичних захворювань.

Методи дослідження. Для досягнення поставлених мети та завдань запропоновано такі методи дослідження:

теоретичні: аналіз наукових робіт з проблеми вивчення особливостей пригніченої агресії та прояву психосоматичних захворювань;

емпіричні: Опитувальник діагностики стану агресії (А. Басса, А. Дарки);
Методика діагностики психічних станів (Г. Айзенк); Опитувальник
невротичних розладів (Х. Хансен).

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ПРИГНІЧЕНОЇ АГРЕСІЇ У ФОРМУВАННІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

1.1. Поняття та сутність агресії у психології

Довгий час багато вчених з різних галузей намагалися зрозуміти передумови агресивності та знайти способи для регулювання деструктивної поведінки, або ж запобігання таким проявам. До того моменту, як психологія сформувалась як окрема та самостійна галузь науки, дослідженнями феномену агресивності займалися філософи та релігійні мислителі.

Для підтвердження, можна навести точку зору китайського філософа Мен-Цзи, який у своїх працях стверджував, що: «людина народжується доброю, і примушувати її скоювати зло означає змушувати людину зробити щось неприродне для неї» [5].

На противагу до попередньої думки, Т.Гоббс вважав [13], що особистість від природи є егоїстичною, і в процесі зростання вона піддається впливу оточення та формує свою подальшу поведінку таким чином, щоб стати повноцінною частиною суспільства. В основу його концепції лягло твердження, що поведінка кожної людини зумовлена егоїстичними мотивами до виживання, агресії та сексуальності, та поряд з цим людська поведінка не має під собою жодних позитивних чи альтруїстичних намірів.

З ідей Т.Гоббса слідує, що діяльність людини має на постійній основі врегульовувати прояви внутрішніх егоїстичних мотивів та бажань. Агресія при цьому підходить розглядається як прояв, який суперечить доброзичливій сутності особистості.

Проблему феномену агресивності розглядав і Чарльз Дарвін. В своїх роботах він стверджував, що: «винищення представників свого або чужого виду є одним із механізмів природного відбору і самозбереження живих істот» [7].

Філософ Фрідріх Ніцше важливе місце серед своїх досліджень надав саме темам агресивності та агресії та висвітлював їх суперечливий характер. Як приклад, можна навести його погляд на тему війни, в якій, крім негативних наслідків, він вбачав шлях до самореалізації та саморозвитку сильної особистості, що досягається саме у процесі життя під час війни [37].

Філософ Жан-Жак Руссо в своїх працях стверджував, що «агресія виникає не з природи людини, а через вплив суспільства та його устрою. Люди народжуються добрими та розумними, а їх деструктивні нахили формуються під впливом несприятливих обставин та неадекватного виховання» [21]. Погляди, Ж.-Ж. Руссо повністю суперечать поглядам Т. Гобса, який вказував на необхідність впровадження соціальних обмежень, через те, що агресивні імпульси мають вроджений характер та важко піддаються придушенню.

Поняття агресії є одним з ключових феноменів, які вивчаються в психології. При цьому воно охоплює широкий спектр проявів: починаючи від вербальної агресії та завершується фізичним насиллям.

Існує велика кількість підходів, які намагалися дослідити це поняття та надати чітке визначення. В класичній концепції Зігмунда Фрейда агресія виступає як вроджений інстинкт, який зумовлений боротьбою між інстинктом життя Еросом та інстинктом смерті Танатосом. В своїх роботах психоаналітик зазначав, що на його думку пригнічена агресія може проявлятися у вигляді неврозів та соматичних захворювань [16].

Ще один психоаналітик - Ерік Фромм, зазначав, що: «під агресією слід розуміти будь-які дії, які завдають або мають намір завдати шкоди іншій людині, групі людей або тварині, а також заподіяння шкоди взагалі всякому неживому об'єкту» [8].

Біхевіористи, такі як Дж. Доллард та Н. Міллер, пов'язували агресію з фрустрацією. У їхній теорії "фрустрація-агресія" стверджується, що агресивна поведінка є реакцією на переживання перешкод у досягненні цілей. Чим сильніша фрустрація, тим вища ймовірність агресивної відповіді [11].

Альберт Бандура через призму когнітивного підходу підкреслює соціальне навчання агресії. В його теорії висвітлюється, що агресивні прояви у поведінці особистості формуються завдяки спостереженню та наслідуванню моделей поведінки оточуючих людей, а також підкріплення агресивних дій [1].

Відоме нам в науковій літературі класичне визначення поняття агресії було запропоновано А. Бассом в 1961 році. Він визначив її, як: «реакцію, що завдає шкоди іншому організму. Прагнення фізично не дозволити іншій людині досягти бажаної мети або займатися бажаною діяльністю» [33].

Дослідники в певний період дійшли висновку, що не будь-яку поведінку можна визначити як агресивну, а лише ту, яка має на меті спричинити негативні наслідки для об'єкта, на який спрямована ця агресія.

Спираючись на уточнення, щодо класифікації поведінки, як агресивної Р.Бероном і Д.Річардсоном було запропоноване більш деталізоване визначення поняття агресії. Науковці вважають, що: «агресію варто розглядати як модель поведінки, а не як емоцію чи установку» [15].

Ще одним достатньо відомим визначенням цього поняття є: «агресія – це енергія подолання, боротьби, відстоювання своїх прав та інтересів. Ця сила необхідна будь-якій людині для того, щоб досягти своєї мети, протистояти перешкодам. Небажаною є не агресія сама по собі, не бажаними є неприйнятні форми її прояву.

«Агресивність представляє собою стійку загальну рису, яка полягає у готовності, намаганні досягти соціального визнання, домінування через застосування деструктивного фізичного, майнового чи психологічного впливу» [17].

В порівнянні з поняттям агресивності, поняття агресії має набагато більше варіацій його тлумачення. Спільною рисою, яка об'єднує дані поняття є заподіяння шкоди.

Для підтвердження вищезазначеної думки, розглянемо визначення поняття агресії від Р. Блекберна, який вважав, що агресія - це вплив через

примус на будь-який живий організм, наслідком якого є нанесення матеріальної або фізичної шкоди [40].

Виникнення, формування, причини та наслідки людської агресивності викликають значний інтерес серед різних науковців, які багато років намагаються їх обґрунтувати у своїх психологічних та соціологічних дослідженнях.

Існує дві основні групи принципів, які пояснюють принципи прояву агресивності людини:

- біологічні принципи;
- психологічні принципи.

Дослідники, які віддають перевагу біологічним теоріям, що пояснюють виникнення агресивності, вважають, що агресивна поведінка закладена з народження, та несе інстинктивний характер. В своїй роботі прихильники біологічних принципів спираються на три основні моделі:

- соціобіологічний підхід;
- генетика поведінки;
- еволюційний підхід [4].

Конрада Лоренца вважають одним із засновників етологічного підходу. Він у своїх роботах писав, що: «агресія, прояв якої часто ототожнюється із проявом «інстинкту смерті», – це такий же інстинкт, як і всі інші, і в природних умовах також, як і вони, служить збереженню життя й виду.

У людини, що власною працею занадто швидко змінила умови свого життя, агресивний інстинкт часто призводить до згубних наслідків, але аналогічно, хоча не настільки драматично, справа і з іншими інстинктами» [20].

Також Лоренс згадував, що у результаті природного відбору між різними людськими популяціями сформувалися розбіжності в ступені вродженої агресивності. Він зазначав, що агресивність у людини обумовлена

його походженням від приматів. Так як примати в більшості випадків є травоядними тваринами, у них немає властивого хижакам "інстинкту вбивці" [25]. Але агресивність, на думку Лоренца, еволюціонувала у процесі природного відбору, виконуючи кілька важливих функцій:

1. Поширення популяції - боротьба сприяє розселенню представників виду по широким територіям, що дозволяє максимально ефективно використовувати наявні харчові ресурси.

2. Генетичний відбір - агресія допомагає поліпшити генетичний фонд, оскільки лише найсильніші та найенергійніші особи здатні залишити потомство.

3. Захист потомства - сильні особини ефективніше захищають своє потомство, що сприяє його виживанню.

Лоренц запропонував модель, відповідно до якої агресивність сприймається як енергія, що накопичується в організмі як тварин, так і людей, внаслідок вродженого інстинкту боротьби за виживання, який властивий і іншим живим організмам.

До основних положень цієї моделі можна віднести:

- накопичення енергії - в організмі постійно накопичується енергія агресивного спрямування, що залишається доти, доки з'явиться відповідний подразник, який буде відповідати порогу для її розрядки;

- поріг розрядки - чим більше накопичено агресивної енергії, тим менше стимулів потрібно для її вивільнення, що може призводити до спонтанних спалахів агресивної поведінки [16].

Не дивлячись на те, що на думку Лоренца, агресія є вродженою, а отже неминучою, він мав оптимістичні погляди щодо можливостей її ослаблення та контролю її проявів у поведінці. Конрад Лоренц вважав, що: «ймовірність спалахів насильства можна знизити, беручи участь у діяльності, не пов'язаній із заподіянням шкоди, що запобігає накопиченню агресивної енергії до небезпечних рівнів» [2].

Також Лоренц у своїх роботах описував, що у всіх живих істотах закладена здатність стримувати агресивні імпульси. Проте дослідник висував теорію, що людина має меншу схильність, ніж тварини, що стало спонуканням до розвитку соціальних та культурних механізмів врегулювання агресії. Прикладом таких механізмів можна назвати любов та дружні стосунки, які здатні стати пом'якшуючим фактором для відкритої агресії.

Такі імена, як: К. Лоренц, Р. Ардрі, Д. Морріс [26] пов'язують з біологічним підходом у вивченні агресії. В основу даного підходу покладена думка, що агресія є інстинктивною поведінкою, властивою всім живим істотам, як тваринам, так і людині. Відповідно до цього підходу, агресія регулюється залежно від ситуативних вимог та забезпечує адаптацію до оточуючого середовища. Кінцевою метою агресії є захист території, де здійснюється життєдіяльність та встановлюється домінування.

Завдяки сучасним дослідженням в науці став відомим так званий синдром Клайнфельтера. Відмінною ознакою цього синдрому є наявність у генетичному коді певної людини зайвої непарної хромосоми, що підкріплює агресивність як рису особистості. Така схильність до агресії в більшості випадків є передумовою проявів у вигляді фізичної агресії [14]. Даний факт підтверджує судження про те, що є генетична схильність до агресивної поведінки.

Підсумовуючи аналіз напрацювань К. Лоренца ми можемо говорити, що агресія є складним та багатогранним явищем, зумовленим еволюційними та генетичними факторами. У той же час, розуміння механізмів накопичення та розрядки агресивної енергії дозволяє розробляти стратегії контролю агресивної поведінки, що має важливе значення для збереження соціальної стабільності та виживання людського вигляду.

Також, варто розглянути ще й біхевіористичну модель розуміння такого явища як агресія, а саме теорію соціального навчання.

Теорія соціального навчання, яка була запропонована А. Бандурою, стверджує, що агресивна поведінка не є вродженою, а формується в процесі

соціалізації. За цією моделлю, агресія засвоюється за допомогою спостереження за поведінкою оточуючих і підкріплюється соціальними стимулами. У цьому ключову роль грають як біологічні чинники, так і процеси навчання [3].

Прийнято вважати, що факторами, які є причинами виникнення агресивної поведінки є:

- вплив шаблонів поведінки: дитина з самого дитинства може спостерігати за моделями агресивної поведінки у своїй сім'ї, потім у школі, та далі у дорослому житті серед всього суспільства;
- неприйнятне звернення: якщо людина мала досвід жорстокого та принизливого поводження з нею, вона може стимулювати реакцію у відповідь на інші зовнішні чи внутрішні фактори;
- спонукальні мотиви: людина може мати внутрішні спонукання, які на її думку допоможуть у досягненні певних цілей;
- інструкції: особистість може піддаватись впливу оточуючих, які будуть давати прямі вказівки чи рекомендації, які спонукають до агресивної поведінки;
- ексцентричні переконання: нестандартні чи крайні погляди людини, які здатні пробуджувати прояв агресії [19].

Згідно з теорією соціального навчання, агресію можна регулювати наступними факторами:

- зовнішнє заохочення та покарання – мається на увазі, у соціумі або підтримують людину, іншими словами заохочують до агресивної поведінки, або ж засуджують, тобто людину карають за ці прояви;
- вікарне підкріплення – форма навчання через спостереження, коли людина засвоює певну поведінку, спостерігаючи за тим, як інші отримують винагороду або покарання за свої дії;

- механізми саморегуляції, тобто здатність особистості самостійно впливати та коригувати власну поведінку [28].

Важлива увага в теорії соціального навчання приділяється моделі поведінки, яка є продемонстрована батьками. Проведена достатньо велика кількість досліджень, які у своїх результатах дійшли висновку, що у дітей, чий батьки схильні до агресивних проявів, вищий ризик перейняти ці моделі у своє життя. Дане твердження дає підстави стверджувати про одну з головних ролей у формуванні особистості – позитивний приклад моделей поведінки батьків для наслідування.

Проаналізувавши літературу пов'язану з теорією соціального навчання, можна говорити, що вона надає більше можливостей для коригування проявів агресії людини. Вона відкриває можливості для профілактики та контролю агресії через зміну навчальних процесів та соціальних стимулів. Завдяки своїй гнучкості та орієнтованості на спостереження, розглянута теорія сьогодні вважається однією з найбільш ефективних для прогнозування агресивної поведінки, особливо за наявності інформації про агресора та особливості його соціального розвитку [36].

Розглянемо і фрустраційну теорію агресії. В основу теорії покладена думка, що агресія – це реакція на перешкоди, які заважають людині досягти поставленої мети. В даному випадку фрустрацією є фактор, який блокує людську діяльність, що є причиною виникнення важкого емоційного стану, ознаками якого є тривога, розгубленість та пригніченість.

Дана теорія побачила цей світ вперше у роботах Д. Долларда у 1939 році. В роботах зазначалось, що фрустрація тісно пов'язана з поняттям агресії, а саме: фрустрація в певній ситуації є причиною проявів агресивної поведінки, які є лише наслідком фрустрації та класифікуються, як реакції у відповідь на подразник [9]. Незважаючи на очевидність цієї схеми, критики відзначають її схематичність і спрощеність.

Поведінка людини, як відповідь на зміни в оточуючому середовищі, або внутрішньому світі людини, визначається як сукупність різних факторів, і

фрустрація є лише одним із можливих стимулів для виникнення агресії. Важливим аспектом є особистісні особливості людини, зокрема, ставлення конкретного індивіда до конкретної ситуації, що призвела до недосяжної поставленої мети. Емоційне забарвлення та суб'єктивна інтерпретація події можуть значно впливати на реакцію, роблячи агресивну відповідь не єдиним варіантом виходу з ситуації, що склалась, хоча певній людині може здатись протилежне.

Засновники даної теорії, самі визнали, що теорія є недосконалою та потребує доопрацювання та коригування деяких положень та тверджень. Зокрема М.О. Міллер, в своїх напрацюваннях всюди зазначав, що: «агресія може бути тільки одним з варіантів відповіді особистості на фрустрацію. Фрустрація породжує цілий спектр можливих алгоритмів реакцій, й у виборі саме агресивної моделі необхідні додаткові чинники» [25].

Також варто зазначити, що агресивні прояви у поведінці людей спостерігаються не лише за наявності фрустраційних стимулів, що спростовує думку про єдину причину виникнення агресії. Даний аспект в котрий раз підтверджує багатогранність та складні феномену поняття агресії.

В результаті розглянутих вище визначень поняття агресії, ми можемо говорити, що вона має складну структуру, та його варто розглядати з усіх боків. Так, наприклад, існує думка, що агресія це форма поведінки, що сприяє виживанню та адаптації, дозволяючи індивідууму відстоювати свої інтереси та забезпечувати безпеку. Інші науковці стверджують, що агресивність це негативна реакція, яка не підтверджує доброзичливу сутність людини від народження [34].

Агресія - це будь-яка форма поведінки, спрямована на заподіяння шкоди іншій живій істоті, яка не бажає такого впливу. Агресивність - це стійка риса особистості, що виражає готовність до агресивних дій.

Сутність поняття агресії може бути цілком зрозуміла лише за її комплексному, системному аналізі. Кожен підхід до вивчення агресії

наголошує на певному спонукальному механізмі, проте жоден з них не охоплює різноманіття її проявів.

Отже, у сукупності різні теоретичні підходи створюють цілісну систему наукових уявлень про природу агресії та закономірності її функціонування. Це збагачує наше розуміння агресії, як однієї із центральних проблем психології та відкриває можливості для розробки ефективних методів її регулювання.

1.2. Феномен пригніченої агресії: механізми та причини

Агресія – це природна реакція людини на фрустрацію, загрозу чи незадоволені потреби. Однак у ряді випадків вона не виявляється відкрито, а пригнічується чи трансформується на інші форми поведінки. Цей феномен отримав назву пригніченої агресії.

Пригнічена агресія є багатограним психологічним феноменом, який має значний вплив на емоційний стан людини. Пригнічення агресії людиною може відбуватись як свідомо дія, так і несвідомо. Даний процес відбувається з різних причин, найчастіше з метою бути бажаною частиною певної соціальної групи, уникнути конфліктних ситуацій, або як наслідок виховання у сім'ї, де придушувались всі негативні, на думку батьків, емоційні прояви [10].

Ознаками, які супроводжують стан постійного пригнічення агресії є внутрішня напруга, емоційне вигорання, підвищена тривожність, роздратованість та загальний пригнічений стан [22]. Людина, яка тривалий час перебуває в такому стані в подальшому може зіштовхнутись з серйозними психологічними та фізичними проблемами.

Хронічне пригнічення агресії може бути наслідком низки факторів:

- соціальні норми часто диктують необхідність контролю над агресивними імпульсами, і відкритий прояв агресії нерідко засуджується суспільством. Особливо це стосується культур, де панують традиції стриманості й терпимості;

- особистісні фактори, такі як високий рівень тривожності, низька самооцінка або схильність до уникнення конфліктів, можуть підвищувати ймовірність пригнічення агресії;
- виховання відіграє важливу роль у формуванні моделей поведінки, і діти, які зростають у середовищі, де негативні емоції не прийнято виражати, можуть навчитися пригнічувати свої агресивні імпульси;
- професійна діяльність також може вимагати суворого самоконтролю, наприклад у сферах, де необхідне збереження емоційної стійкості [5].

Наслідки пригніченої агресії можуть бути різноплановими. На фізичному рівні тривале утримання агресивних імпульсів сприяє розвитку психосоматичних захворювань, таких як гіпертонія, захворювання серцево-судинної системи, проблеми з кишково-шлунковим трактом. На психологічному рівні це може призвести до емоційної нестабільності, тривожності, депресивних станів, а також до підвищеної дратівливості. З погляду міжособистісних стосунків, пригнічена агресія часто проявляється у вигляді пасивно-агресивної поведінки, що ускладнює комунікацію та може спричиняти конфлікти.

Робота з пригніченою агресією передбачає використання різних підходів. Одним із найефективніших методів є когнітивно-поведінкова терапія, яка допомагає виявити та змінити деструктивні установки, що сприяють пригніченню агресії. Арт-терапія, зокрема музикотерапія, малювання чи інші види творчої діяльності, може слугувати безпечним способом вираження емоцій [38]. Фізична активність, наприклад заняття спортом, йога або танці, дозволяє знижувати рівень внутрішньої напруги та стресу. Техніки саморегуляції, такі як медитація, дихальні вправи та релаксаційні методики, також сприяють гармонізації емоційного стану.

Таким чином, пригнічена агресія є важливою темою дослідження в психології, оскільки вона безпосередньо впливає на психічне та фізичне

благополуччя особистості. Важливо не лише виявляти та аналізувати причини пригнічення агресії, але й знаходити ефективні способи її вираження та конструктивного управління, що сприятиме гармонійному розвитку особистості та збереженню її здоров'я.

1.3. Психосоматичні захворювання: визначення, класифікація, основні підходи

Психосоматичні захворювання є однією з найактуальніших проблем сучасної медицини та психології, оскільки вони поєднують у собі як фізіологічні, так і психологічні аспекти функціонування організму людини. Поняття "психосоматика" походить від грецьких слів "psyche" (душа) і "soma" (тіло), що підкреслює взаємозв'язок між психічними та соматичними процесами [12]. Психосоматичні захворювання виникають внаслідок впливу емоційних і психологічних факторів на фізичний стан людини, що може призводити до розвитку хронічних і гострих патологій.

Визначення психосоматичних захворювань базується на концепції взаємозв'язку психіки і тіла, згідно з якою емоційний стрес, пригнічені переживання, внутрішні конфлікти та тривалі психологічні навантаження можуть спричиняти соматичні розлади. У широкому сенсі психосоматичні розлади розглядаються як будь-які захворювання, в розвитку яких важливу роль відіграють психологічні фактори [7]. Деякі дослідники відзначають, що психосоматичні порушення можуть проявлятися у вигляді реакцій на стресові ситуації, наприклад, гіпертонія, бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунка тощо.

Вивчення проблеми взаємозв'язку психічного та соматичного станів посідає одне з провідних місць, на даний момент, в сучасній медицині та психології, адже залишається не до кінця вивченим. Хоча дана проблема була цікавою ще для Гіппократа й Арістотеля [15], проте систематичні дослідження почали проводитись значно пізніше.

Сам термін «психосоматика» запроваджено німецьким лікарем Йоганном Хайнротом в 1818 року, але широке наукове визнання він отримав лише у 1930-х роках завдяки роботам Ф.Н. Александер, Х. Данбар, У.Джелліфф, Г. Вольфа та інших дослідників [31]. У цей час активно розроблялися теорії, які пояснюють, як психічні процеси можуть впливати на фізіологічний стан людини.

Багато психіатрів, які вивчали психосоматичні захворювання підкреслювали необхідність зупинення поділу біологічних та психосоціальних факторів, стверджуючи, що психосоматичні захворювання слід розглядати як суто «людські» [14]. Таке бачення даного питання спростовують твердження про те, що психосоматичні розлади можна пояснювати виключно фізіологічними причинами, адже підсвічується факт формування захворювань на перетині біологічних, психологічних та соціальних факторів.

Психосоматичні розлади поділяються на кілька великих груп залежно від патогенезу, характеру симптомів та механізму формування психосоматичного зв'язку. Залежно від цих факторів розрізняють такі види психосоматичних порушень:

- конверсійні симптоми: характеризуються тим, що людина демонструє різні хворобливі симптоми, хоча об'єктивних підстав їхнього появи немає. Найчастіше це пов'язано з невротичним конфліктом, який знаходить вираз у вигляді соматичної реакції, яка є спробою вирішити внутрішню чи соціальну суперечність. Конверсійні прояви зачіпають довільну моторику та органи чуття. До них відносять: істеричний параліч, парестезії, психогенна сліпота та глухота, психогенне блювання та больові синдроми психогенного походження [37];

- функціональні синдроми: при цьому типі розладів підкреслюється порушенням роботи окремих органів та систем, при цьому при об'єктивному обстеженні патофізіологічних змін не виявляється. У пацієнта спостерігається широкий спектр скарг, які не мають чіткої клінічної картини та не піддаються

стандартній медичній діагностиці. До цих розладів належить : ком у горлі, больові відчуттів у серці, нейровегетативні, розлади дихання, дисфункції шлунково-кишкового тракту, розлади сну [23]/;

- психосоматози, іншими словами класичні психосоматичні захворювання, що виникають внаслідок хронічних стресів, внутрішніх конфліктів та емоційних переживань. Ці розлади супроводжуються об'єктивними змінами в органах та системах, що призводять до стійких функціональних порушень. Історично до психосоматичних захворювань відносили так звану «святу сімку» (Holy Seven): бронхіальна астма, виразковий коліт, есенційна гіпертензія, нейродерміт, ревматоїдний артрит, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки та гіпертиреоз (Базедова хвороба). У сучасних дослідженнях цей список розширено, і до класичних психосоматичних захворювань тепер також належать: ішемічна хвороба серця, цукровий діабет 2 типу, ожиріння, пов'язане з емоційними факторами, соматоформні розлади поведінки [18].

Крім того, згідно з теорією функціональної асиметрії мозку людини, яка розглядає дисбаланс роботи різних фізіологічних систем як один з механізмів психосоматозів, до цієї категорії хвороб прийнято також ще включати - мігрені, функціональні розлади кишечника, дискінезію жовчного міхура, хронічний панкреатит, радикуліти, безпліддя та інші дисфункції репродуктивної системи [14].

Багато дослідників у різні часи цікавились питанням психосоматичних захворювань, що спричинило появу великої кількості теорій, які мають на меті описати причини виникнення та механізми протікання захворювань.

На початку вивчення такої галузі, як психосоматичної медицини популярними були дослідження у розрізі психоаналітичних концепцій. В той час психоаналітики вважали, що: «фізичне здоров'я залежить від психоемоційного стану людини. Наприклад, пригнічені емоції та невирішені внутрішні конфлікти можуть призводити до соматичних захворювань. Так, депресивні переживання збільшують ризик розвитку серцево-судинних

захворювань, а позитивні емоції сприяють зміцненню імунітету і навіть омолоджують» [2].

Психосоматичні захворювання в психоаналітичній теорії Ф. Александера та Ф. Данбара [3] розглядаються як результат витіснених конфліктів та емоційних травм. Також згідно з цією теорією є люди, які більш схильні до того чи іншого захворювання, таких особистостей називають «чутливими».

Ще однією теорією, яка варта уваги, є теорія стресу висунута Г. Сельє. Основна думка даної теорії полягає в тому, хронічний стрес негативно впливає на загальний стан організму. *Стрес може дуже сильно впливати на людей, які знаходяться в повній усвідомленості, але не контролюють свої емоції або реакції тіла.* Як було показано в експериментах над тваринами і в дослідженнях за участю людей, *фізіологічні стресові реакції можуть активуватися без усвідомлення цього суб'єктом і без очевидних змін у його поведінці.*

Стрес - це внутрішні зміни, помітні або приховані, які відбуваються в організмі у відповідь на сприйняття загрози для його існування чи благополуччя. Хоча нервові напруження є однією із складових стресу, людина може перебувати у стані стресу, не відчуваючи цього напруження. І навпаки - можна відчувати напруження, але не пов'язане з активацією фізіологічних механізмів стресової відповіді.

Термін “стрес” давно використовується в повсякденній англійській, зокрема в інженерії, для опису напруження, яке виникає у фізичному тілі під дією деформуючої сили - наприклад, коли рветься гумова стрічка або деформується пружина. Аналогії, наведені Сельє, підкреслюють важливий аспект: надмірний стрес виникає тоді, коли вимоги до організму перевищують його здатність з ним впоратися. Стресову реакцію може запустити фізична проблема - інфекція або травма, а також її може викликати емоційна травма або лише загроза цієї травми, навіть лише уявна. Фізіологічні стресові реакції

можуть виникнути, коли загроза не усвідомлюється і навіть коли людина переживає “хороший стрес”.

Відповідно до теорії Ганса Сельє вплив стресу на організм відображається у вигляді трьох послідовних стадій загального адаптаційного синдрому: тривога, опір та виснаження [24].

Стадія тривоги. У відповідь на стресову подію (наприклад, конфлікт, хвороба, перевтома) активується симпатична нервова система. Відбувається викид гормонів стресу - адреналіну чи кортизолу, що спричиняє типові фізіологічні реакції: пришвидшене серцебиття, дихання, пітливість, м'язову напругу.

Стадія опору. Організм адаптується до тривалого впливу стресу, підтримуючи високий рівень гормонів. Зовні може здаватися, що стан стабілізувався, однак внутрішні ресурси активно витрачаються, зростає навантаження для системи організму.

Стадія виснаження. Якщо стрес триває занадто довго, ресурси організму вичерпуються. Послаблюється імунна система, зростає ризик виникнення хронічних захворювань (зокрема, гіпертонії, виразки, ревматоїдний артрит, депресії та інші)

Основні методи дослідження та терапії психосоматичних захворювань ґрунтуються на всебічному аналізі як психологічних, так і медичних факторів.

Також варто згадати когнітивно - поведінковий підхід, прихильники якого схильні вважати, що ірраціональні переконання, тривожні очікування та деструктивні стратегії подолання можуть викликати або посилювати психосоматичні симптоми [28]. Тому коли даний підхід використовується в терапії, він направляє на переналаштування деструктивних негативних установок, які можуть пришвидшувати розвиток соматичних симптомів, на протилежні. За таких умов, особистість починає краще розуміти себе, свої емоційні реакції та зростає здатність до регуляції негативних наслідків стресу на її організм.

Зазначимо, що для лікування психосоматичних захворювань, крім психотерапевтичних підходів у комплексі застосовуються різні релаксаційні техніки [21], до яких відносять заняття йогою та медитацією, дихальні вправи, адже вони сприяють заспокоєнню емоційного стану людини та зменшує вплив стресу на організм людини.

Також при комплексному підході у лікуванні психосоматичних захворювань застосовують медикаментозну терапію [18]. Особливе місце вона посідає при лікуванні невротичних чи депресивних станів, адже при їх лікуванні застосовуються лікарські препарати – антидепресанти та транквілізатори, які на біохімічному рівні знижують тривожність та допомагають стабілізувати емоційний стан особистості.

Отже, сучасне розуміння взаємозв'язку між психікою, світоглядом, цінностями, переконаннями людини, її життєвим досвідом, стресом і різноманітними тілесними реакціями, зокрема психогенними складовими захворювань найрізноманітнішого спектра, має надзвичайно важливе значення. Загалом, на зараз стає зрозуміло, що лікування психосоматичних захворювань потребує індивідуального підходу, заснованого на всебічному аналізі як фізичних, і психологічних чинників. Значну роль відіграє і профілактика, що включає навчання методів управління стресом, розвиток емоційної саморегуляції та підтримання здорового способу життя. Таким чином, успішне лікування психосоматичних розладів вимагає комплексного підходу, що забезпечує баланс між психічним і фізичним здоров'ям людини.

1.4. Взаємозв'язок пригніченої агресії та формування психосоматичних розладів

Агресія є природною частиною психічного життя людини та виконує важливу адаптивну функцію. Однак у ряді випадків агресивні імпульси не знаходять адекватного виходу, будучи пригніченими під впливом соціальних норм, виховання, особистісних особливостей та емоційних установок. Таке

придушення агресії, відоме як пригнічена агресія, може призводити до глибинних внутрішніх конфліктів та сприяти розвитку різних психосоматичних розладів [33].

Взаємозв'язок пригніченої агресії та формування психосоматичних розладів є складним і багатовимірним питанням, яке розглядається в контексті психології, медицини та психосоматики.

У розрізі психосоматики, пригнічені негативні емоції, включаючи агресію, можуть не зникати безвісти, а трансформуватися в тілесні симптоми. Відповідно до концепції Ф. Александера [17], що є одним із засновників психосоматичної медицини, хронічне придушення емоційних реакцій призводить до порушень вегетативної нервової системи, що у свою чергу провокує розвиток психосоматичних захворювань. Наприклад, пригнічена агресія може виражатися в гіпертонії, виразковій хворобі, мігрені або захворюваннях шлунково-кишкового тракту.

Численні дослідження показують, що у низці культур відкритий прояв агресії вважається неприйнятним. З раннього дитинства людину вчать стримувати негативні емоції, дана дія формує внутрішні бар'єри їхнього вільного вираження. Виховання, норми суспільства та особистісні настанови часто змушують людей шукати альтернативні, часом несвідомі, способи реалізації агресивних імпульсів. У результаті, не отримавши необхідного виходу, агресія накопичується, перетворюючись на хронічний стресовий фактор. Це призводить до підвищеного рівня психоемоційної напруги, що згодом може викликати появу соматичних симптомів [2].

Також варто виділити, що фізіологічні механізми, які були активізовані внаслідок пригнічення агресії, також є причиною виникнення психосоматичних захворювань. Хронічний стрес, викликаний невираженими емоціями, активізує гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову (ГГН) систему [5], що призводить до збільшення рівня кортизолу та катехоламінів (адреналін, норадреналін). Ці гормональні зміни значно впливають на роботу різних систем організму, а саме на:

- серцево-судинну систему у вигляді підвищеного тиску, прискороного серцебиття, ішемічної хвороби серця;
- шлунково-кишковий тракт у вигляді порушення моторики, збільшення кислотності, розвитку виразкової хвороби та інших гастроентерологічних розладів;
- імунну систему у вигляді зниження імунітету, що робить організм більш сприятливим до інфекційних захворювань;
- нервову систему у вигляді порушень сну, хронічної втоми, головного болю та м'язової напруги [17].

Таким чином, тривала дія стресових гормонів призводить до стійких змін у функціонуванні організму, що сприяє розвитку психосоматичних захворювань.

Фізіологічні зміни не єдині, які проявляються внаслідок пригнічення агресивних емоційних проявів. Багато дослідників довели, що наслідки проявляються через психологічні механізми витіснення та соматизації. Коли людина не усвідомлює або не приймає свої агресивні прояви, внутрішня напруга може перерости у фізичні симптоми. Ці прояви ми можемо помітити в тому, що емоційний стан «перетинається» з тілесними реакціями, призводячи до виникнення хронічних болів, м'язових затискачів та інших соматичних скарг. Наприклад, невиражений гнів або почуття незадоволеності можуть перетворитися на постійні симптоми з боку серцево-судинної системи або призвести до проблем із травленням [24].

Також варто зазначити, що визначну роль у розвитку психосоматичних розладів відіграють особистісні риси особистості. Людина, яка схильна до високого рівня тривожності, схильна до перфекціонізму та самообмеження частіше стикається з проблемою придушення своїх агресивних імпульсів [20]. Ці особливості найчастіше формуються у дитинстві під впливом сімейних традицій, суспільних норм та життєвого досвіду. Відсутність можливості

відкрито виражати негативні емоції призводить до того, що напруга, що накопичилася, з часом трансформується в стійкі функціональні розлади.

Для ефективного подолання негативних наслідків пригніченої агресії необхідно застосувати комплексний психотерапевтичний підхід. Важливим завданням є усвідомлення власних агресивних імпульсів та пошук конструктивних способів їхнього вираження [14].

Серед ефективних методів можна виділити:

1. когнітивно-поведінкова терапія – вона допомагає виявити та змінити негативні розумові патерни, що сприяють накопиченню внутрішньої напруги;

2. психодинамічний підхід, який направлений на дослідження глибинних конфліктів та витіснених емоцій, що сприяє їхній інтеграції у свідомість;

3. арт-терапія - за допомогою використання творчих методик для вираження прихованих емоцій та полегшення психоемоційної напруги;

4. тілесно-орієнтовані методи, до яких відносяться техніки релаксації, дихальні вправи та робота з м'язовими блоками сприяють відновленню балансу між тілом та психікою [16].

Ці методи спрямовані як на зниження симптоматики, так і на формування здорових стратегій емоційної регуляції, що суттєво зменшує ризик розвитку психосоматичних розладів.

Отже, пригнічена агресія є потужним психоемоційним фактором, який значно впливає на фізичне здоров'я. Соціокультурні норми, особистісні установки, фізіологічні реакції та психологічні механізми взаємопов'язані, утворюючи складну систему, в якій пригнічені емоції можуть трансформуватися у реальні соматичні симптоми. Усвідомлення цього взаємозв'язку дозволяє розробляти ефективні стратегії профілактики та лікування, спрямовані на гармонізацію внутрішнього емоційного стану та підтримку оптимального рівня фізичного здоров'я. Комплексний підхід, що включає психотерапевтичні методи та, за необхідності, медикаментозний

супровід, відкриває нові перспективи для корекції психосоматичних розладів та підвищення якості життя пацієнта.

Висновки до першого розділу

1. Агресія - це будь-яка форма поведінки, спрямована на заподіяння шкоди іншій живій істоті, яка не бажає такого впливу. Агресивність - це стійка риса особистості, що виражає готовність до агресивних дій. Сутність поняття агресії може бути цілком зрозуміла лише за умов її комплексного, системного аналізу. Кожен підхід до вивчення агресії наголошує на певному спонукальному механізмі, проте жоден з них не охоплює різноманіття її проявів. У сукупності різні теоретичні підходи створюють цілісну систему наукових уявлень про природу агресії та закономірності її функціонування. Це збагачує наше розуміння агресії як однієї із центральних проблем психології.

2. Пригнічена агресія - це складний психологічний феномен, який вимагає усвідомленої роботи з емоціями. Розвиток навичок саморегуляції, конструктивного вираження гніву та опрацювання внутрішніх конфліктів може допомогти знизити негативні наслідки придушення агресивних імпульсів. Таким чином, психосоматичні розлади є багатограним феноменом, що охоплює широкий спектр захворювань - від конверсійних проявів до серйозних соматичних порушень, зумовлених емоційними факторами. У сучасній психології та медицині продовжує розвиватися міждисциплінарний підхід до їх вивчення, спрямований на інтеграцію біологічних, психологічних та соціальних аспектів у розумінні та лікуванні даних розладів.

3. Психосоматичні розлади є багатограним, складним і міждисциплінарним феноменом, який охоплює широкий спектр захворювань - від конверсійних проявів до серйозних соматичних порушень, зумовлених емоційними факторами. Вони вимагають комплексного підходу в діагностиці та лікуванні. У сучасній психосоматичній медицині широко застосовуються методи когнітивно-поведінкової терапії, психоаналізу, медикаментозного лікування та тілесно-орієнтованих практик, спрямованих на усунення глибинних причин психосоматичних розладів.

4. Пригнічена агресія є потужним психоемоційним фактором, який значно впливає на фізичне здоров'я. Соціокультурні норми, особистісні установки, фізіологічні реакції та психологічні механізми взаємопов'язані, утворюючи складну систему, в якій пригнічені емоції можуть трансформуватися у реальні соматичні симптоми.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ПРИГНІЧЕНОЇ АГРЕСІЇ У ФОРМУВАННІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

2.1. Відбір та обґрунтування методичного інструментарію

Відбір та обґрунтування методичного інструментарію є важливим етапом проведення наукового дослідження, оскільки правильний вибір методик дозволяє отримати об'єктивні дані для аналізу досліджуваного феномену. У рамках дослідження ролі пригніченої агресії у формуванні психосоматичних захворювань були обрані чотири методики, які забезпечують комплексний підхід до вивчення як рівня агресії, так і загального психічного стану особистості, що є важливим для виявлення взаємозв'язку між агресивними тенденціями та соматичними проявами.

Однією з ключових методик, використаних у дослідженні, є опитувальник діагностики стану агресії, розроблений А. Бассом і А. Дарки. Даний опитувальник дозволяє оцінити різні аспекти агресивної поведінки, включаючи фізичну та вербальну агресію, а також ворожість і почуття провини, пов'язані з агресивними імпульсами. Використання цього інструменту дає змогу визначити рівень вираженості агресивних проявів, що є важливим для виявлення їхньої ролі у формуванні психосоматичних реакцій. Зокрема, за допомогою цієї методики можливо оцінити ступінь пригнічення агресивних тенденцій і пов'язаних із цим внутрішніх конфліктів, що можуть сприяти розвитку соматичних симптомів.

Ще однією методикою, що доповнює попередній опитувальник, є діагностика типів агресивності за А. Бассом і А. Дарки. Дана методика дозволяє більш детально дослідити різні форми агресії, що проявляються у поведінці людини. Вона допомагає визначити схильність індивіда до прояву агресії в соціальних ситуаціях, а також надає можливість проаналізувати стратегії поведінки, що застосовуються для подолання конфліктів. Використання цієї методики є доцільним у контексті вивчення впливу

невисловленої агресії на соматичний стан людини, оскільки вона дає змогу виявити приховані форми агресивності, які можуть впливати на розвиток психосоматичних захворювань.

Для оцінки загального психоемоційного стану досліджуваних була обрана методика самооцінки психічних станів, розроблена Г. Айзенком. Цей інструмент дозволяє оцінити рівень тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності як основних показників психічного стану. Методика є важливою для даного дослідження, оскільки дає змогу оцінити загальний рівень психологічного дискомфорту, що може бути пов'язаний із пригніченою агресією. Високий рівень тривожності або фрустрації може вказувати на приховані проблеми з вираженням агресивних емоцій, що, в свою чергу, може мати вплив на соматичне здоров'я.

Також у дослідженні використовується опитувальник невротичних розладів Х. Хансгена, який спрямований на виявлення проявів невротичних станів, що є наслідком тривалого психоемоційного напруження. Даний інструмент допомагає ідентифікувати такі симптоми, як підвищена збудливість, емоційна нестабільність, порушення сну та соматичні скарги, що часто супроводжують пригнічену агресію. Ця методика дозволяє виявити невротичні порушення, що можуть бути наслідком тривалого пригнічення агресивних імпульсів, і оцінити ступінь їхнього впливу на психосоматичний стан людини.

Таким чином, комплексний підхід до вибору методичного інструментарію забезпечує всебічне вивчення взаємозв'язку пригніченої агресії та психосоматичних захворювань. Поєднання опитувальників діагностики агресії, самооцінки психічного стану та виявлення невротичних розладів дозволяє отримати детальну інформацію про психологічний стан досліджуваних, їхню схильність до пригнічення агресивних імпульсів та можливий вплив цих факторів на соматичне здоров'я. Вибір даного інструментарію є обґрунтованим з точки зору комплексного підходу до вивчення феномену психосоматичних захворювань, оскільки кожна із

застосованих методик доповнює інші, створюючи цілісну картину стану респондентів. Даний підхід дозволяє отримати достовірні результати та зробити обґрунтовані висновки щодо впливу пригніченої агресії на формування психосоматичних розладів.

2.2. Опитувальник діагностики стану агресії (А. Басса, А. Дарки)

Опитувальник діагностики агресії, розроблений О.О. Бассом і А. Дарки є одним із найбільш відомих інструментів для вимірювання рівня агресивності та її різних проявів у людини. Методика заснована на диференціації агресії та ворожості, що дозволяє отримати більш детальне уявлення про схильність індивіда до агресивної поведінки.

А. Басс, розвиваючи ідеї своїх попередників, провів чітку відмінність між агресією та ворожістю. Він визначив ворожість як «реакцію, що розвиває негативні почуття та негативні оцінки людей та подій». Ворожість, пов'язана з внутрішнім емоційним станом і когнітивними установками людини, тоді як агресивність є поведінковим проявом цих установок [27].

Створюючи свій опитувальник, А.А. Басс і А. Дарки диференціювали різні форми агресивного поведінки, виділивши вісім основних типів реакцій:

- фізична агресивність – прояв агресії через використання фізичної сили в сторону іншої людини;
- роздратування - схильність до швидкого прояву негативних емоцій, запальність, грубість у відповідь навіть незначні подразники;
- почуття провини - внутрішня переконаність у своїй провині, що супроводжується самоприниженням та докорами совісті;
- вербальна агресія - вираження брутальних почуттів через слова, включаючи крики, небезпеки, лайки та саркастичні зауваження;

- непряма агресія - агресивна поведінка, спрямована на іншу людину опосередковано чи має конкретного адресата (наприклад, плітки, сарказм, руйнація предметів);
- підозрілість - схильність до недовіри, очікування ворожих намірів від інших, у крайній формі - переконаність у змові проти себе;
- негативізм - виражена опозиційна поведінка, що варіюється від пасивного опору до активної протидії встановленим правилам і нормам;
- образа - почуття злості, ненависті, заздрості до оточуючих, викликане реальними чи уявними несправедливостями.

Сам опитувальник складається з 75 тверджень, відповіді на які досліджуваній може лише «так» або «ні». Потім відповідно до ключа опитувальника підраховується кількість співпадінь за кожною зі шкал. І підраховується індекс ворожості, що включає в себе шкалу «образа» і шкалу «підозрілість» та індекс агресивності, який складається зі шкал «фізична агресія», «роздратування» та «вербальна агресія»

2.3. Методика самооцінки психічних станів (Г. Айзенк)

Тест "Самооцінка психічних станів" розроблений Гансом Айзенком та призначений для оцінки емоційного стану людини у певний момент часу. Методика дозволяє виявити рівень тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, що допомагає діагностувати психологічний дискомфорт та схильність до різних емоційних порушень.

Тест містить 40 тверджень – описів психічних станів. Респондент має оцінити кожне з цих тверджень наступним чином:

- 0 балів – опис не збігається зі станом досліджуваного;
- 1 бал - стан притаманний для досліджуваного зрідка;
- 2 бали – стан виникає у респондента часто.

Потім отриманні бали сумуються за кожною з чотирьох шкал:

- тривожності;
- ригідності;
- фрустрації;
- агресивності.

В результаті дослідником робиться висновок про рівень вираженості кожного стану в залежності від результату: низький, середній або високий.

2.4. Опитувальник невротичних розладів (Х. Хансен)

Опитувальник невротичних розладів (BVNK-300) Н. D. Hansgen у адаптації Бакірова Г.Х - інструмент психодіагностики, призначений для виявлення та оцінки ступеня вираженості різних невротичних порушень. Він застосовується у клінічній практиці та наукових дослідженнях.

Опитувальник містить 300 тверджень, респондент кожне з цих тверджень оцінює за 6-бальною шкалою:

- 1 – цілком не відповідає;
- 2 – скоріше не відповідає;
- 3 – незначно відповідає;
- 4 – швидше відповідає;
- 5 – переважно відповідає;
- 6 – повністю відповідає.

Твердження, які пропонуються в опитувальнику складають 30 шкал, з них:

- 7 особистісних - описують особливості особистості, пов'язані з невротичними розладами. До них належать: іпохондричність, афективна нестійкість, невпевненість у собі, соціальна неадаптивність, невротичний

надконтроль поведінки, інтровертована спрямованість особистості, пізнавальна та соціальна пасивність

- 15 клінічних - ці шкали оцінюють вираженість невротичних та соматичних симптомів, до них належать: загальне самопочуття, коливання інтенсивності скарг, соматовегетативні порушення, порушення сну, порушення сечостатевої системи, порушення травної системи, психічна виснаженість, порушення серцево-судинної діяльності, нав'язливі думки та дії, підвищена збудливість, депресивні прояви, порушення дихальної системи, порушення соціальних контактів, астеничний синдром, фобічні розлади

- 6 спеціальних, які допомагають виявити додаткові поведінкові та психопатологічні особливості. Сюди варто віднести наступні шкали: параноїдальна налаштованість, зловживання алкоголем, зловживання курінням, зловживання лікарськими засобами, галюцинаторно-маячні порушення, гіпоманіакальні прояви.

- 2 контрольні, які використовуються для оцінки достовірності відповідей: шкала соціальної бажаності (оцінює, наскільки випробуваний прагне уявити себе у кращому світлі) та шкала схильності до перебільшення симптомів (визначає тенденцію перебільшувати або симулювати скарги).

Після заповнення тесту проводиться підрахунок балів за кожною шкалою. Чим більша сума балів за певною шкалою, тим більше виражені відповідні порушення чи особистісні особливості.

Цей опитувальник допомагає диференціювати різні типи невротичних розладів, оцінити динаміку стану пацієнта та визначити необхідність психокорекції чи лікування.

Висновки до другого розділу

У розділі обґрунтовано вибір методик для проведення дослідження, а також кожна з цих методик описана, а саме:

- опитувальник діагностики агресії, розроблений О.О. Бассом і А. Дарки, який був використаний нами для вимірювання рівня агресивності та її різних проявів у людини;
- тест "Самооцінка психічних станів" розроблений Гансом Айзенком та призначений для оцінки емоційного стану людини у певний момент часу. Дана методика дозволила нам виявити рівень тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, що допоможе діагностувати психологічний дискомфорт та схильність до різних емоційних порушень;
- опитувальник невротичних розладів (BVNK-300) Н. D. Hansgen у адаптації Бакірова Г.Х - інструмент, який обрали для виявлення та оцінки ступеня вираженості різних невротичних порушень.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ПРИГНІЧЕНОЇ АГРЕСІЇ У ФОРМУВАННІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

3.1. Організація емпіричного дослідження ролі пригніченої агресії у формуванні психосоматичних захворювань

Дослідження феномену пригніченої агресії та її зв'язку з формуванням психосоматичних захворювань потребує не лише ґрунтового теоретичного аналізу, а й проведення прикладного емпіричного вивчення.

З метою отримання об'єктивних даних про рівень пригніченої агресії, особливості психічних станів та можливі психосоматичні прояви у респондентів, було розроблено план емпіричного дослідження, сформовано вибірку та підібрано валідні психодіагностичні методики.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити роль пригніченої агресії у формуванні психосоматичних захворювань.

Об'єкт дослідження – пригнічена агресія.

Предмет дослідження – роль пригніченої агресії у формуванні психосоматичних захворювань.

Завдання дослідження:

1. Дослідити особливості агресивності досліджуваних
2. Виявити особливості психічних станів досліджуваних
3. Визначити особливості психосоматичних проявів досліджуваних
4. Виявити кореляційний зв'язок між пригніченою агресією та психосоматичними захворюваннями досліджуваних

Гіпотеза дослідження: Ми припускаємо, що пригнічена агресія є значущим психологічним чинником, що сприяє формуванню психосоматичних захворювань.

Емпіричне дослідження проводилося на вибірці у 60 осіб молодого віку (23–28 років). Вибірка була розділена на дві рівні групи:

- 30 осіб жіночої статі,
- 30 осіб чоловічої статі.

Серед досліджуваних були як працюючі особи (60%), так і ті, хто продовжує навчання у закладах вищої освіти (40%).

Також 70% осіб від загальної вибірки досліджуваних не перебувають у шлюбі чи постійних відносинах, натомість 30% мають сім'ю або постійного партнера.

Досліджувані є представниками різних професійних спрямувань та проживають у різних областях України.

Враховуючи загострений воєнний стан в Україні, опитування за окресленими методиками проходило в режимі online.

Досягнення поставленої мети та завдань здійснювалось у декілька етапів.

На першому етапі дослідження емпірично досліджено особливості стану агресії досліджуваних чоловіків та жінок молодого віку. Для цього було використано Опитувальник діагностики стану агресії (А. Басса, А. Дарки).

Даний опитувальник дозволяє детально роздивитись складові агресивної поведінки, що можуть вказувати саме на пригнічену агресію досліджуваних, а саме використання непрямой чи фізичної агресії, вербальної агресії, а також образи, роздратування, почуття провини, пригніченість, негативізм та підозрілість.

На другому етапі дослідження було проаналізовано особливості психічних станів особистості, виділених Г. Айзенком та описаних в його методиці “Методика самооцінки психічних станів”. Серед таких станів були виділені агресивність, тривожність, ригідність та фрустрацію.

На третьому етапі дослідження було досліджено особливості психосоматичних захворювань досліджуваних чоловіків та жінок. Для цього використано опитувальник невротичних розладів (Х. Хансен), що дозволяє виявити рівень невротизації та психологічні фактори, що можуть сприяти розвитку психосоматичних симптомів.

На останньому етапі була здійснена статистична обробка отриманих показників. Для цього використано наступні методи математичної статистики:

– порівняльний аналіз для визначення відмінностей (U-критерій Вілкоксона-Манна-Уїтні) – непараметричний статистичний метод, котрий дозволив проаналізувати статистично значущі показники різниці у показниках агресивності, показниках психічних станів, а також показниках психосоматичних проявів у досліджуваних чоловіків та жінок.

– кореляційний аналіз (Ч. Спірмен) – непараметричний статистичний метод, що дав можливість проаналізувати зв'язки між пригніченою агресією та психосоматичними станами досліджуваних.

3.2. Аналіз агресивності досліджуваних

На першому етапі емпіричного дослідження проаналізовано особливості агресивності досліджуваних чоловіків та жінок. Результати, отримані за

опитувальником діагностики стану агресії (А. Басса, А. Дарки) позначені у таблиці 31.

Таблиця 3.1.

Результати дослідження агресивності досліджуваних

Діагностичні шкали	Жінки		Чоловіки	
	Середнє	Ст.відх.	Середнє	Ст.відх.
Фізична агресія	3,333	1,348	2,967	1,564
Непряма агресія	6,033	2,697	5,8	3,231
Роздратування	4,367	2,748	5,233	2,596
Вербальна агресія	5,933	2,935	4,8	2,683
Образа	6,667	2,893	5,8	2,644
Підозрілість	4,433	2,501	6,767	3,002
Негативізм	6,033	2,723	6,4	2,699
Почуття провини	6,533	2,921	5	2,56

Аналіз отриманих результатів за окресленою методикою дає змогу засвідчити наступні особливості прояву агресії у досліджуваних молодих людей.

Зокрема, показники фізичної агресії для обох досліджуваних груп є низькими, що свідчить про те, що в житті досліджувані молоді люди не застосовують пряму фізичну агресію для вирішення спорів та конфліктів. Проте трохи вищий результат у жінок свідчить про більшу готовність до застосування фізичної сили, попри стереотипне уявлення про їхню меншу схильність до фізичних форм агресії.

Непряма агресія. У свою чергу має більш високі показники в обох групах досліджуваних - для чоловіків характерним є середній показник використання непрямої агресії, що може свідчити про те, що такий вихід для емоційного напруження та агресивності є для чоловіків більш прийнятним. Для жінок в цьому випадку характерний показник вище середньо, що може говорити про

те, що жінки частіше використовують непрямі форми вираження агресії, наприклад, плітки, саркастичні зауваження або ухилення від прямої конфронтації.

У свою чергу, за шкалою роздратування ми можемо побачити, що трохи вищими показниками відрізняються саме група чоловіків. Це може говорити про те, що обом досліджуваним групам характерна певна імпульсивність, схильність до вибухових емоційних реакцій, проте більш яскраво вираженою вона є саме у молодих чоловіків.

А за шкалою вербальної агресії отримано середній рівень вираженості в обох групах досліджуваних. Це може свідчити про те, що як жінки так і чоловіки використовують словесні форми агресії, вважають їх більш прийнятними за, наприклад, фізичні форми, проте все ж таки схильні враховувати контекст ситуації та особливості суспільства, в котрому вони знаходяться, виражаючи свої переживання в такій формі.

Також можна побачити, що вищими показниками жінки відрізняються від чоловіків за шкалою схильності до образ. Це може свідчити про схильність жінок довше зберігати образи, накопичувати негативні переживання та повертатися думками до конфліктних ситуацій, що може бути одним із факторів формування у досліджуваних власне пригніченої агресії.

Натомість чоловіки демонструють суттєво вищий рівень підозрілості. Це свідчить про те, що чоловіки більш схильні до недовіри, настороженості у міжособистісних контактах, що може бути відображенням їхнього прагнення контролювати ситуацію та уникати уразливості. Є думка, що у випадку із чоловіками підозрілість також може виступати одним із механізмів формування пригніченої агресії.

Показники рівня негативізму у чоловіків та жінок є близьким один до одного та знаходиться на рівні «вище середнього», що свідчить про приблизно однакову схильність до протидії зовнішнім вимогам, вираження протесту через опозиційну поведінку.

Останнім серед позначених показників є почуття провини, котре виражене у чоловіків на середньому рівні. Натомість для жінок є характерним рівень вище середнього. Слід зазначити, що підвищення рівня почуття провини може свідчити про те, що воно є однією з форм пригніченої агресії, оскільки замість виплеску негативу назовні досліджувані схильні спрямовувати негативні почуття всередину себе, що згодом може сприяти розвитку психосоматичних симптомів.

Загалом можна засвідчити, що в обох групах досліджуваних молодих людей різні форми агресії не знаходять можливості до відкритого вираження, а, очевидно, трансформуватися у внутрішню напругу, що у перспективі може ставати одним із чинників формування психосоматичних захворювань.

Також в контексті даної методики ми можемо роздивитись загальні показники - індекс агресивності та індекс ворожості.

Результати дослідження за загальними показниками представлені нами у формі гістограми на рисунку.3.1.

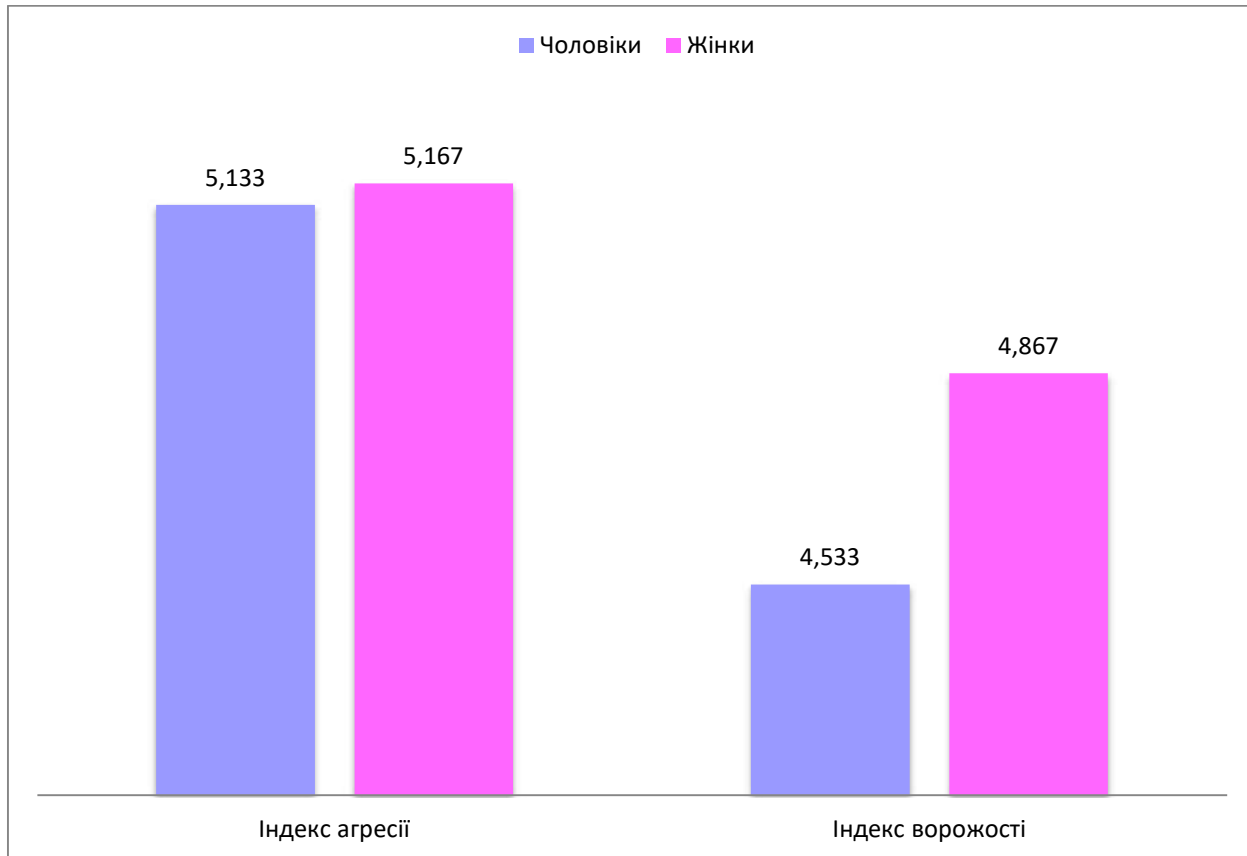


Рис.3.1. Результати дослідження індексів агресивності та ворожості у досліджуваних

Аналізуючи загальні індекси ворожості та агресивності, можна побачити наступні тенденції.

Індекс агресії в обох досліджуваних групах знаходиться на однаковому рівні вираженості, направлений до рівня вище середнього, що говорить про загальну схильність до агресивної поведінки в обох групах досліджуваних. Такі результати можна пояснити і соціокультурними факторами, і фактором безпосереднього переживання загострених воєнних дій на території країни, де проживають досліджувані.

Натомість індекс ворожості вказує на показники нижче середнього в обох групах досліджуваних, що може свідчити про загальну схильність досліджуваних до внутрішньої напруги, підозрілості чи настороженості у взаємодії з соціальним оточенням, що може виражатись у непрямій агресивній поведінці, а також у формах пасивної ворожості, сарказму чи емоційного дистанціювання.

При цьому, пригнічена агресія, що проявляється через підвищену ворожість, накопичення образ та відчуття провини, з часом може створювати додаткове емоційне навантаження, що сприяє формуванню психосоматичних реакцій, таких як головний біль, порушення сну чи функціональні розлади серцево-судинної системи як у чоловіків, так і у жінок.

Також для порівняння результатів дослідження особливостей агресії у групах чоловіків та жінок нами було здійснено порівняльний аналіз показників за U-критерієм Манна-Уїтні, результати котрого були представлені у Таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

**Результати порівняльного аналізу показників агресивності у
групах чоловіків та жінок**

Діагностичні шкали	Сума рангів жінки	Сума рангів чоловіки	U	p
Індекс агресії	921,5	908,5	443,5	0,923
Індекс ворожості	875	955	410	0,554
Фізична агресія	975,5	854,5	389,5	0,371
Непряма агресія	929	901	436	0,836
Роздратування	838,5	991,5	373,5	0,258
Вербальна агресія	1021,5	808,5	343,5	0,115
Образа	1000,5	829,5	364,5	0,206
Підозрілість	719	1111	254*	0,003
Негативізм	875,5	954,5	410,5	0,559
Почуття провини	1053	777	312*	0,041

Примітка: * – значимі результати на рівні $p \leq 0.05$

Застосування U-критерію Манна-Уїтні дозволило встановити наявність статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками за двома показниками.

Статистично значимі відмінності виявлені за показниками підозрілості ($U = 254$; $p = 0,003$), що вказує на те, що ймовірно для групи чоловіків підозрілість є більш притаманним фактором агресивної поведінки.

Цей результат можна пояснити специфічними особливостями та можливими гендерними стереотипами, які формують певні стратегії поведінки у молодих чоловіків. Чоловіки часто виявляють більшу схильність до самозахисту та збереження контролю в міжособистісних стосунках, що може сприяти підвищеній настороженості та недовірі до оточуючих. Крім того, саме підозрілість у чоловіків може бути пов'язана з пригніченою агресією, адже соціальні норми часто стримують їх від прямого вираження агресії або емоцій, що може призводити до підвищеної недовіри і бажання

постійно оцінювати наміри інших. Це прагнення зберегти внутрішній баланс через контроль може сприяти виникненню відчуття загрози та підозри навіть у ситуаціях, де небезпеки не існує і, як такий, прояв агресії не є доцільним.

Натомість для групи жінок, за результатами порівняльного аналізу, характерний вищий рівень прояву почуття образи ($U = 312$; $p = 0,041$). Це можна пояснити певними гендерними особливостями у самосвідомості жінок. Для жінок традиційно властива більша орієнтація на внутрішню рефлексію, переживання власних вчинків та можливих помилок, що пов'язано з вихованням та соціокультурними очікуваннями щодо «правильності» жіночої поведінки. Почуття провини часто виникає у жінок у ситуаціях, коли вони не можуть відповідати власним або соціальним очікуванням, що особливо актуально у періоди підвищеного стресу чи кризових життєвих ситуацій. У контексті дослідження це може свідчити про підвищену схильність жінок до самозвинувачення та спрямованої на себе агресії, що, у свою чергу, підвищує ризики розвитку психосоматичних розладів.

Для інших показників статистично значимої різниці виявлено не було ($p > 0,05$), тобто для таких шкал як індекс агресії, індекс ворожості, фізична агресія, непрямая агресія, роздратування, вербальна агресія, образа та негативізм.

Така відсутність значущих відмінностей може пояснюватися спільними соціальними умовами, в яких перебували досліджувані, а також особливостями сучасної соціалізації, що поступово нівелює традиційні гендерні відмінності у прояві відкритої агресії. Крім того, варто враховувати, що агресивні реакції у стресових умовах можуть активізуватися у представників обох статей з однаковою інтенсивністю, оскільки це є універсальною психологічною реакцією на зовнішні загрози або внутрішнє напруження.

У наступному підрозділі нами будуть проаналізовані результати дослідження психічних станів досліджуваних чоловіків та жінок молодого віку.

3.3. Аналіз психічних станів досліджуваних

На наступному етапі дослідження було проаналізовано особливості психічних станів досліджуваних молодих чоловіків та жінок за допомогою методики діагностики психічних станів одного з фундаментальних діячів в психології – Г. Айзенка. Результати дослідження представлені у вигляді гістограми на рисунку 3.2.

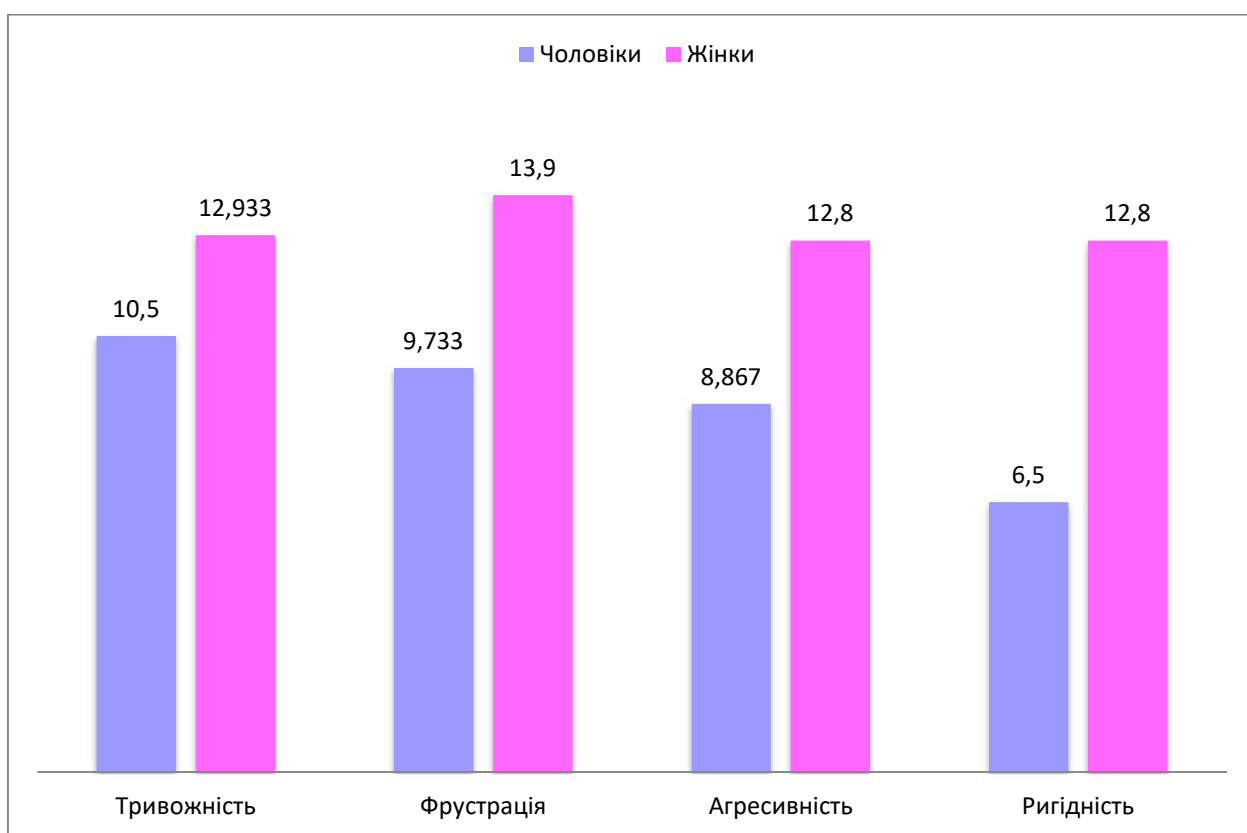


Рис.3.2. Результати дослідження психічних станів досліджуваних

Дана методика дозволила нам вивчити рівні чотирьох основних характеристик психоемоційного стану досліджуваних, а саме тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Проаналізуємо кожен із отриманих показників.

Щодо тривожності досліджуваних - бачимо, що в обох досліджуваних групах цей показник знаходиться на середньому рівні вираженості. Тобто

можна говорити, що досліджувані чоловіки мають помірно виражену схильність до переживання тривожних станів. Натомість, результати жінок знаходяться в межах середнього рівня. Тобто ми можемо говорити, що у жінок є більш вираженою емоційність, чутливість, схильність до занепокоєнь, і водночас про їх більш високу залежність від зовнішніх обставин та факторів впливу.

Щодо фрустрації досліджуваних молодих людей, в даному випадку ми також можемо побачити схожу картину. Результати чоловіків вказують на середній рівень вираженості, що може свідчити про те, що в більшості випадків досліджувані чоловіки демонструють відносно адекватну реакцію на ситуації перешкод та невдач. Натомість результати жінок знаходяться на межі із високими показниками, хоча фактично залишаються в межах середнього рівня. Такі результати можуть свідчити про те, що для жінок характерними є більш яскраві та глибокі переживання зовнішніх та внутрішніх перешкод, а також незадоволених потреб.

Агресивність досліджуваних чоловіків за отриманими результатами, знаходиться на нижній межі середнього рівня. Це може означати, що досліджувані чоловіки більшою мірою характеризуються врівноваженістю і не схильні проявляти занадто багато агресивних реакцій. Середні показники жінок є суттєво вищими за показники чоловіків. Тобто жінки ймовірно більшою мірою дозволяють собі виражати власні негативні емоції у якості агресивних проявів, відкрито висловлювати невдоволення, використовувати прямі та непрямі форми агресивної поведінки.

Останній діагностичний показник за даною методикою - ригідність. Для чоловіків він відповідає низькою рівню вираженості. Такий результат може вказувати на більш високу гнучкість чоловічої поведінки, здатність адаптуватися до змінних обставин, шукати нові рішення та сприймати альтернативні точки зору. Натомість показники жінок за даною шкалою знаходяться в межах середнього рівня вираженості, але є наближеними до верхньої межі. Такий результат може бути свідомством імовірного

консерватизму та сталості у поведінкових та емоційних реакціях, бажання підлаштовуватись під звичні моделі поведінки, навіть якщо у подальшому вони приносять жінкам виключно дискомфорт.

Загалом ми можемо побачити, що більш високими показниками фактично за усіма шкалами дослідження відрізняється саме група досліджуваних жінок. Це може бути обумовлено як біопсихологічними особливостями жінок, так і соціокультурними факторами, зокрема традиційною гендерною соціалізацією, що формує у жінок вищу емоційну чутливість, вразливість та водночас меншу впевненість у собі у ситуаціях невизначеності або конфлікту. Чоловіки, навпаки, демонструють вищу емоційну стабільність та адаптивність, що може відображати як їхні особистісні особливості, так і особливості соціального навчання, спрямованого на розвиток "чоловічої твердості" та витримки.

Для того, щоб перевірити гіпотезу про значимі відмінності у показниках психічних станів у чоловіків та жінок молодого віку, нами також був проведений порівняльний аналіз отриманих даних. Результати дослідження позначені у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

Результати порівняльного аналізу показників психічних станів у групах чоловіків та жінок

	Сума рангів жінки	Сума рангів чоловіки	U	p
Тривожність	1022	808,5	343,5	0,115
Фрустрація	1107	723,5	258,5*	0,005
Агресивність	1090	740,5	275,5*	0,01
Ригідність	1202	628	163*	0

Примітка: * – значимі результати на рівні $p \leq 0.05$

Застосування U-критерію Манна-Уїтні у даному випадку дозволило нам виявити статистично значимі показники різниці майже за усіма діагностичними шкалами методики Г. Айзенка.

Значимі показники відмінності виявлені за фрустрацією ($U = 258,5$; $p = 0,005$), агресивністю ($U = 275,5$; $p = 0,01$) та ригідністю ($U = 163$; $p = 0,00$). В усіх випадках суттєво вищими показниками відрізняється група жінок.

Як вже було зазначено вище, такі результати можуть бути обумовлені рядом соціокультурних та психологічних факторів. Відмічено, що саме для жінок характерним є більш емоційна виразність, чутливість, а також, є прагнення отримувати соціальне схвалення, хоч такі стратегії поведінки не обумовлюють для них психологічного комфорту, що може в загальному підвищувати і рівень фрустрації, і рівень агресивності і ригідності.

Натомість єдиний показник, що не має статистично значимої різниці у результатах - це тривожність. У даному випадку, це може бути обумовленим схожими соціальними умовами для обох груп досліджуваних, а також універсальним характером цього емоційного стану в умовах стресу чи невизначеності. При цьому в сучасному українському суспільстві фактично кожен перебуває у посиленому стані тривоги через наявність військових дій на території України, великої кількості заборон та обмежень, котрі діють відповідно до введеного військового стану, тож посилений стан тривожності в обох групах досліджуваних є обумовленим багатьма зовнішніми факторами, незалежно від гендеру.

Є ймовірність, що переживання подібних підсилених психічних станів може суттєво обумовлювати розвиток психосоматичних захворювань, і більш відкритими, до такого роду впливу, виступає саме група досліджуваних жінок.

У наступному підрозділі ми проаналізуємо результати дослідження наявних психосоматичних захворювань та факторів їх виникнення у досліджуваних молодих чоловіків та жінок.

3.4. Аналіз психосоматичних захворювань досліджуваних

На даному етапі дослідження ми проаналізували результати, отримані після опитування досліджуваних молодих чоловіків та жінок за опитувальником ОНР.

Дана методика розбиває шкали на три основні групи – клінічні шкали, особистісні шкали та спеціальні шкали. Тож нам необхідно проаналізувати кожен із цих груп шкал.

Першими представлено результати дослідження за клінічними шкалами методики. Результати дослідження представлені у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

Результати дослідження за клінічними шкалами опитувальника невротичних розладів

Клінічні шкали	Жінки		Чоловіки	
	Середнє	Ст.відх.	Середнє	Ст.відх.
Ступінь погіршення самопочуття	51	28,746	60,8	4,08
Коливання інтенсивності скарг	47,767	30,701	32	1,894
Розлади травлення	49,9	27,698	33,333	3,284
Розлади ССД	48,333	24,511	24,067	5,085
Порушення чутливості	57,633	31,125	22,467	3,812
Порушення моторики	52,867	24,2	28,2	2,964
Психічне виснаження	58,233	29,173	31,4	1,522
Порушення сну	47,3	33,589	32,467	2,488
Збудливість	44,233	27,634	23,033	5,223
Низька самооцінка	51,567	33,163	21,2	3,167
Занижена працездатність	44,2	26,818	26,333	3,198
Нав'язливі думки	51,3	29,324	18,667	5,768
Невмотивований страх	48,5	29,726	21,967	4,642
Фобічні розлади	48,667	26,394	21,6	5,721
Порушення соціальних контактів	62,467	32,119	21,367	4,972

Аналіз результатів за клінічними шкалами опитувальника невротичних розладів дав нам змогу побачити наступні особливості психосоматичних проявів у досліджуваних молодих чоловіків та жінок.

Зокрема, за шкалою ступеня погіршення самопочуття ми можемо побачити, що більш високими показниками відрізняється саме група молодих чоловіків. Це може свідчити про те, що суб'єктивна оцінка самопочуття чоловіків є більш негативною та критичною, на відміну від жінок, котрі мають середні показники. Така тенденція у чоловіків може бути пов'язана з тим, що в умовах соціального тиску часто пригнічують агресивні імпульси та негативні емоції, які з часом трансформуються у психосоматичні скарги.

Натомість, показник коливання інтенсивності скарг для групи жінок виражений на більш високому рівні. Такий показник говорить про більшу емоційну лабільність та чутливість до змін фізичного стану. У чоловіків цей показник може свідчити про тенденцію до стабільного сприйняття власного тіла або ж до меншої уваги до тілесних відчуттів. Водночас така «стабільність» у чоловіків може бути захисною стратегією – ігнорування тілесних сигналів, які несуть в собі інформацію про психічний дискомфорт.

За шкалою розладів травлення ми також можемо побачити, що жінки більш схильні до подібних відчуттів. Натомість для чоловіків даний показник є суттєво нижчим. Це можна пов'язати із тим, що жінки загалом більш схильні до психосоматизації на фоні тривалого стресу або конфліктів, тоді як чоловіки можуть відредаговувати напругу через зовнішні форми поведінки.

Розлади серцево-судинної системи також є значно сильніше вираженими, ніж у чоловіків. Так ми можемо зауважити, що жінки є більш чутливими у проявах вегетативної дисфункції, що може бути обумовлено їхньою вищою тривожністю та схильністю до катастрофізації тілесних симптомів. У чоловіків же подібні симптоми часто ігноруються або інтерпретуються не як тривожні, а як звичайна фізична перевтома.

Порушення чутливості також є більш вираженою характеристикою у групі жінок. Тобто жінки схильні частіше фокусуватись на тілесних відчуттях, особливо дискомфортних, а тим паче больових, що може бути обумовлене їхньою вихою тілесною самосвідомістю та емоційною чутливістю. Натомість для чоловіків характерним є ймовірне «блокування» чуттєвості - вони дисоціюються від сигналів тіла, що дозволяє їм довше залишатися функціональними, але в перспективі підвищує ризики раптових психосоматичних зривів.

Подібна ситуація також спостерігається за шкалою порушень моторики. Тобто імовірно жінки схильні до більшого відчуття напруги, тремтіння, скутості, що може бути маркером прихованої тривоги, або ж пригніченої агресії. У чоловіків тілесна напруга може проявлятися в агресивних діях, фізичній активності, або ж у звичних соматичних скаргах, але меншою мірою усвідомлюється як тривожний симптом.

Також жінки мають суттєво вищий результат за шкалою психічного виснаження, у порівнянні із досліджуваними молодими чоловіками. Тобто жінки є більш вразливими до психологічної напруженості, емоційного вигорання, більш підвержені стресам. Особливо це проявляється саме в ситуаціях, де присутня пригнічена агресія, тобто жінки не можуть виражати свої внутрішні переживання відкрито на зовні. А навпаки ж, спрямовують ці переживання в середину, що у подальшому сприяє появі емоційного виснаження.

Показник порушень сну у жінок теж перевищує аналогічний у чоловіків. Це може бути обумовлено більшою схильністю жінок до тривожних роздумів перед сном, до емоційного «перепроживання» конфліктних ситуацій, що також корелює з внутрішнім блокуванням агресії.

Також більш високими показниками у жінок відрізняються шкали збудливості, низької самооцінки, нав'язливих думок, невмотивованого страху та фобічних розладів. Вищі показники, на відміну від чоловіків, свідчать про те, що жінкам притаманна більша тривожність, самокритичність,

невпевненість у собі, що у своєму розвитку призводить до ряду психоемоційних та психосоматичних порушень у жінок. Натомість чоловікам притаманна менша проблемність, а також інший стиль реагування – замість внутрішнього самокопання чоловіки часто обирають зовнішню агресію або уникнення проблемної ситуації.

Також показовою, є шкала порушення соціальних контактів, котра також більш переважає за результатами у жінок, ніж у чоловіків. Це може бути свідомством того, що жінки частіше переживають соціальні фобії, непевненість у спілкуванні, страх оцінювання, що прямо пов'язано з внутрішнім блокуванням агресії – жінка не дозволяє собі захищати власні кордони, а замість цього відчуває провину чи сором за свої емоції.

Для підтвердження припущень про значимі відмінності у показниках чоловіків та жінок за клінічними шкалами дослідження в опитувальнику невротичних розладів, нами також було проведено порівняльний аналіз отриманих даних за двома групами досліджуваних. Результати представлені нами у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

Результати порівняльного аналізу за клінічними шкалами дослідження в опитувальнику невротичних розладів у групах чоловіків та жінок

Клінічні шкали	Сума рангів жінки	Сума рангів чоловіки	U	p
Ступінь погіршення самопочуття	838,00	992,00	373,00	0,25
Коливання інтенсивності скарг	1038,50	791,50	326,50	0,07
Розлади травлення	1077,50	752,50	287,50*	0,02
Розлади ССД	1219,50	610,50	145,50*	0,00
Порушення чутливості	1188,00	642,00	177,00*	0,00
Порушення моторики	1169,50	660,50	195,50*	0,00

Психічне виснаження	1095,00	735,00	270,00*	0,01
Порушення сну	1000,50	829,50	364,50	0,21
Збудливість	1110,00	720,00	255,00*	0,00
Низька самооцінка	1101,50	728,50	263,50*	0,01
Занижена працездатність	1104,50	725,50	260,50*	0,01
Нав'язливі думки	1241,50	588,50	123,50*	0,00
Невмотивований страх	1132,00	698,00	233,00*	0,00
Фобічні розлади	1166,50	663,50	198,50*	0,00
Порушення соціальних контактів	1224,00	606,00	141,00*	0,00

Примітка: * – значимі результати на рівні $p \leq 0.05$

Аналіз показників за клінічними шкалами демонструє значущі відмінності за більшістю досліджуваних шкал, що свідчить про різні прояви та інтенсивність невротичних розладів у досліджуваних чоловіків та жінок молодого віку.

Виявлені статистично значимі відмінності за шкалою розладів травлення ($U = 287,50$; $p = 0,02$), де показники вказують на суттєво вищу вираженість даного показника у групі жінок. Тобто виявлено більшу схильність жінок до психосоматичних проявів через функціональні розлади ШКТ, зумовлені стресом, емоційною напругою та схильністю до соматизації переживань.

Розлади серцево-судинної системи також більшою мірою притаманні саме групі досліджуваних молодих жінок ($U = 145,50$; $p = 0,00$). На противагу чоловіками, для жінок є більш характерними серситивні переживання та тілесні відчуття, що призводить до більшої психосоматизації у відповідь на стресові фактори. Такими «відповідями» у жінок можуть стати вегетативні кризи, епізоди тахікардії, коливання артеріального тиску тощо.

За показниками порушення чуттєвості також виявлені статистично значими відмінності на користь групи досліджуваних молодих жінок ($U = 177,00$; $p = 0,00$) — жінки значно частіше скаржаться на парестезії, відчуття оніміння, поколювання або підвищену чутливість.

Так само більшою мірою виражені у жінок показники порушення моторики ($U = 195,50$; $p = 0,00$), тобто на противагу молодим чоловікам, у жінок є більш виразними прояви психомоторної напруги, тремору, м'язових спазмів або психогенних розладів рухів у ситуаціях стресу або пригніченої агресії.

Психічне виснаження також є більш притаманне жінкам, аніж чоловікам ($U = 270,00$; $p = 0,01$). Тобто молодим жінкам більш характерним є швидке психоемоційне вигорання та накопичення астеничних симптомів.

Збудливість ($U = 255,00$; $p = 0,00$), низька самооцінка ($U = 263,50$; $p = 0,01$) та занижена працездатність ($U = 260,50$; $p = 0,01$) також значно вищі у жінок. Ці результати можуть свідчити про глибший рівень внутрішньої напруги, самокритичність та низьку впевненість у власних силах. Жінки молодого віку частіше схильні до переживання почуття провини, сумнівів щодо своєї значущості та соціальної цінності, що підвищує їхню вразливість до невротизації.

Таким високим рівнем статистичної значущості також відрізняються шкали нав'язливі думки ($U = 123,50$; $p = 0,00$), немотивований страх ($U = 233,00$; $p = 0,00$) та фобічні розлади ($U = 198,50$; $p = 0,00$). За результатами дослідження також виявлено, що дані невротичні прояви є більш характерними для групи молодих жінок, що може свідчити про схильність до тривожно-фобічних проявів.

Також, значно вищими є показники жінок за шкалою порушень соціальних контактів ($U = 141,00$; $p = 0,00$), що може свідчити про їхню підвищену соціальну тривожність та схильність до уникнення або дистанціювання у разі внутрішньої напруги.

Таким чином, за результатами порівняльного аналізу за клінічними шкалами даної методики було встановлено, що жінки молодого віку демонструють значно вищий рівень невротичних симптомів майже за всіма шкалами. Це може бути пов'язане із притаманною для жінок виразною емоційною чутливістю, схильністю до самокритики та надмірної рефлексивності, а також із високою особистісною та соціальною тривожністю. Чоловіки ж виступають більш виваженими та стійкими до різних психосоматичних проявів, що можливо може бути пов'язаним із прагненням ігнорувати дані прояви аби зберігати за собою образ усвідомленого чоловіка, не вразливого, та не підверженого зовнішнім стресам. Проте таке ігнорування може призвести до суттєвого накопичення напруги і, як наслідок, до більш глибоких психосоматичних порушень.

Наступними ми проаналізуємо результати дослідження за особистісними шкалами окресленої методики. До таких характеристик, за даними автора методики, відносяться пасивність, невпевненість, нестійкість, неадаптивність, а також схильність до іпохондрії. Результати дослідження представлені у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6.

Результати дослідження за особистісними шкалами опитувальника невротичних розладів

Особистісні шкали	Жінки		Чоловіки	
	Середнє	Ст.відх.	Середнє	Ст.відх.
Невпевненість	52,533	25,84	22,567	5,257
Пасивність	55,7	25,81	24,033	3,596
Афективна нестійкість	60,3	23,432	23,133	4,833
Інтровертованість	43,9	26,096	21,333	5,785
Іпохондрія	51,433	32,348	26,333	3,198
Соціальна неадаптивність	51,1	29,371	18,667	5,768

Аналіз особистісних шкал окресленої методики дав змогу виявити наступні особливості у проявах чоловіків та жінок молодого віку, котрі є нашими досліджуваними.

За шкалою невпевненості бачимо більш високі показники у групі досліджуваних молодих жінок. Це свідчить про те, що жінки частіше переживають сумніви щодо власних рішень, схильні до самокритики та відчуття своєї некомпетентності у складних ситуаціях.

Шкала пасивності також вказує на суттєво вищі результати у досліджуваних жінок. Такі результати можуть бути пов'язаними із внутрішньою установкою жінок на поступливість, бажання уникати конфліктів та пристосовуватись до зовнішніх обставин. Для чоловіків молодого віку, натомість, характерна орієнтація на активні стратегії поведінки, демонстрація впевненості та автономії, що може певною мірою «маскувати» їхню реальну емоційну напругу.

Особливо велика різниця спостерігається за показниками афективної нестійкості. Тобто ми можемо говорити про те, що жінкам характерна висока емоційна лабільність, схильність до емоційних зривів, а також їм важче у контролі власних емоційних реакцій. Чоловіки ж, в даному випадку, виступають більш емоційно стійкими.

За показниками інтровертованості також бачимо, що результат жінок значно вищий за чоловіків. Тобто для жінок більш характерною є здатність до надлишкової саморефлексії, втечі «в себе», фокусування на власних переживаннях. Натомість чоловіки тут представлені як більш відкриті та активні особистості, що мають тенденцію до зовнішньо спрямованої активності - навіть якщо така активність може набувати форми «захисної маски», коли за демонстративною впевненістю приховується внутрішня напруга.

Також жінки мають більш високий рівень прояву такої риси як іпохондричність. Дана характеристика означає, що жінки більшою мірою фокусуються на власних тілесних відчуттях, мають підвищений рівень уваги

до власного здоров'я, а також схильні до перебільшенні різноманітних симптомів, в тому числі і зовсім не значних, та присвоєння їм статусу симптому серйозних захворювань.

Також суттєво помітною є різниця у середніх показниках чоловіків та жінок за шкалою соціальної неадаптивності. Це може бути свідомством утруднень жінок у встановленні соціальної взаємодії та переживання прагнення до соціальної ізоляції у складних стресових ситуаціях. Така тенденція може бути зумовлена поєднанням високої тривожності, низької впевненості у собі та підвищеної орієнтації на оцінку оточуючих. Натомість чоловіки виступають як більш активні та адаптивні особистості, що завдяки своїй гнучкості можуть легше справлятися із труднощами та встановлювати багато нових соціальних контактів.

Для перевірки суджень щодо наявності значимої різниці за цими показниками, нами також було проведено порівняльний аналіз для двох досліджуваних груп, результати контрольного представлені в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7.

Результати порівняльного аналізу за особистісними шкалами дослідження в опитувальнику невротичних розладів у групах чоловіків та жінок

Особистісні шкали	Сума рангів жінки	Сума рангів чоловіки	U	p
Невпевненість	1222,50	607,50	142,50*	0,00
Пасивність	1223,00	607,00	142,00*	0,00
Афективна нестійкість	1275,00	555,00	90,00*	0,00
Інтровертованість	1158,00	672,00	207,00*	0,00
Іпохондрія	1119,50	710,50	245,50*	0,00
Соціальна неадаптивність	1198,00	632,00	167,00*	0,00

Примітка: * – значимі результати на рівні $p \leq 0.05$

Порівняльний аналіз результатів чоловіків та жінок молодого віку за клінічними шкалами методики показав статистично значимі відмінності за всіма шкалами: невпевненість, пасивність, афективна нестійкість, інтровертованість, іпохондрія та соціальна неадаптивність ($p \leq 0,05$). Це свідчить про те, що психологічні та особистісні характеристики, які вимірюються цими шкалами, суттєво різняться у чоловіків і жінок.

За результатами порівняльного аналізу за всіма досліджуваними шкалами ми спостерігаємо суттєво вищі результати у жінок, у порівнянні із чоловіками.

Зокрема шкала невпевненості вказує на те, що для жінок більшою мірою притаманним є відчуття внутрішньої невпевненості, відчуття сумнівів своїх силах, рішучості та адекватності своїх дій. Це може бути пов'язано з більшою соціальною та міжособистісною вразливістю жінок у цьому віці, зокрема під впливом соціальних стереотипів, підвищених вимог до зовнішнього вигляду, поведінкових норм та ролей.

Більш висока пасивність у жінок свідчить про те, що досліджувані жінки більш схильні до уникнення активних способів розв'язання конфліктів та складних ситуацій, а також прагнення до конформності й орієнтацію на схвалення з боку соціуму.

Афективна нестійкість, що також більш притаманна жінкам ніж чоловіками, свідчить про високу лабільність досліджуваних, схильність до перепадів настрою, а також імпульсивних реакцій.

Інтровертованість жінок також є суттєво більш вираженою у порівнянні із чоловіками, що свідчить про більшу схильність замикатись в собі та

відсторонюватись, особливо в контексті стресових ситуацій у даної групи досліджуваних.

Щодо шкали іпохондрії, жінки також мають значно вищі показники, що може свідчить про суттєво більшу зацікленість жінок на питаннях власного здоров'я, а також про більш розвинену схильність перебільшувати та «драматизувати» ситуацію щодо власного фізичного та психологічного стану.

Остання шкала - соціальна неадаптивність - також демонструє суттєву різницю у показниках жінок, котрі, на відміну від чоловіків, більшою мірою проявляють труднощі у встановленні та підтриманні соціальних зв'язків, проблеми із соціальною активністю та включеністю у суспільне життя. Такі труднощі можуть бути наслідком впливу інших характеристик, котрі були описані вище, таких як невпевненості, пасивності, афективної нестійкості та інтровертованості.

Останніми, в контексті даної методики, нами будуть проаналізовані спеціальні шкали дослідження, виділені автором методики. Результати дослідження за даною групою шкал для груп досліджуваних молодих чоловіків та жінок представлені у таблиці 3.8.

Таблиця 3.8.

**Результати дослідження за спеціальними шкалами опитувальника
невротичних розладів**

	Жінки		Чоловіки	
	Середнє	Ст.відх.	Середнє	Ст.відх.
Зловживання курінням	57,3	26,293	49,367	26,835
Зловживання ліками	44,2	21,74	45,967	28,203
Зловживання алкоголем	38,067	27,488	48,467	26,461
Гіпоманіакальні прояви	46,567	30,475	56,1	27,168
Паранояльна налаштованість	48,967	28,164	60,3	30,837
Галюцинаторні порушення	39,433	27,19	55,2	30,293

Аналіз спеціальних шкал серед досліджуваних чоловіків та жінок молодого віку дав змогу проаналізувати наступні особливості.

За шкалою «Зловживання курінням» жінки показали дещо вищі середні показники порівняно з чоловіками. На нашу думку куріння в сучасному світі виступає не лише шкідливою звичкою, а і своєрідним копінг механізмом, котрий дозволяє особам боротись із нападами тривоги та дією багатьох зовнішніх стресових факторів. При цьому для чоловіків також характерним є середній рівень вираженості за даною шкалою, проте імовірно для них процес паління сприймається менш емоційно забарвленим і більше пов'язаним із особистісними та соціальними ритуалами.

Шкала зловживання ліками вказує на середній рівень вираженості в обох досліджуваних групах. Тобто можемо говорити, що і чоловіки і жінки схильні вдаватись до самолікування за допомогою лікарських засобів як способу пороби психосоматичні симптоми, що супроводжують стан внутрішньої напруги, наприклад головний біль, нудота, біль у животі, серцеві болі, безсоння тощо.

Натомість за шкалою зловживання алкоголем для чоловіків є характерним середній рівень вираженості, в той час жінки мають низький рівень вираженості. Тобто пригнічена агресія, яка не знаходить соціально прийняттого виходу, може трансформуватися у схильність до надмірного вживання алкоголю, що дає тимчасове відчуття розрядки.

Також чоловіки мають більш високу вираженість гіпоманіакальних проявів, що перевершила жінок. Такі результати можуть свідчити про ймовірну більш виражену схильність досліджуваних чоловіків до ризикованої поведінки та пошук гострих відчуттів, а також про доволі високу імпульсивність. Така імпульсивність може проявлятися у вигляді гіпоманіакальних епізодів - раптового підвищення настрою, гіперактивності та надмірної соціальної активності, що має компенсаторний характер.

Паранояльна налаштованість також є більш яскраво вираженою у групі чоловіків. Вищий рівень паранояльної налаштованості у чоловіків може бути

пов'язаний із їхньою потребою у збереженні контролю та відчутті загрози з боку оточення, що знову ж таки може бути відображенням прихованої внутрішньої агресії, яка не має прямого виходу.

Остання шкала - галюцинаторні порушення. Також вказує на те, що більш яскраво вони є вираженими у групі чоловіків. Такі результати можуть бути свідомством глибинного переживання стресом чоловіками, що може бути пов'язане, наприклад, із наявного військового конфлікту в країні та постійних переживань стосовно власної ролі в даній ситуації. Також в даному випадку свій вплив може мати пригнічена агресія, оскільки накопичення внутрішньої напруги може сприяти появі сенситивності до зовнішніх подразників та формуванню розладів сприйняття, коли внутрішній конфлікт проектується у зовнішній простір у формі псевдогалюцинацій або сенсорних ілюзій.

Загалом за аналізом спеціальних шкал ми можемо побачити, що власне пригнічена агресія та накопичення внутрішніх переживань може трансформуватись у зовнішні прояви у групі чоловіків - зловживання алкоголем, паранояльність, гіпоманіакальні стани та навіть порушення сприйняття.

У групі жінок, за результатами дослідження, у свою чергу більше проявляються внутрішні переживання та, відповідна, схильність до внутрішньої соматизації – куріння або прийняття ліків.

В даному випадку нами також було проведено порівняльний аналіз показників за спеціальними шкалами дослідження. Отримані результати порівняльного аналізу представлені в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9.

Результати порівняльного аналізу за спеціальними шкалами дослідження в опитувальнику невротичних розладів у групах чоловіків та жінок

	Сума рангів жінки	Сума рангів чоловіки	U	p
Зловживання курінням	997,50	832,50	367,50	0,22
Зловживання ліками	903,00	927,00	438,00	0,86
Зловживання алкоголем	810,50	1019,50	345,50	0,12
Гіпоманіакальні прояви	832,00	998,00	367,00	0,22
Паранойяльна налаштованість	809,50	1020,50	344,50	0,12
Галюцинаторні порушення	782,00	1048,00	317,00*	0,05

Примітка: * – значимі результати на рівні $p \leq 0.05$

Аналізуючи результати порівняльного аналізу за спеціальними шкалами, можна зазначити, що за більшістю шкал не виявлено статистично значимих відмінностей між чоловіками та жінками молодого віку. Це свідчить про відносно подібний рівень проявів у обох груп, що є певною мірою очікуваним для молодого віку, коли поведінкові та емоційні прояви часто визначаються не лише гендерними особливостями, але й спільними віковими кризами, соціальними умовами, стресогенними факторами тощо.

Єдина шкала, за якою отримано статистично значиму різницю, — «Галюцинаторні порушення» ($U=317,00$, $p=0,05$). Даний показник є більш суттєво вираженим у групі чоловіків.

Така тенденція може бути зумовлена тим, що чоловіки у своєму емоційному реагуванні часто схильні до зовнішньої екстерналізації напруги, у тому числі через сенсорні спотворення під час пікових стресових ситуацій.

Натомість жінки, навіть не дивлячись на те, що мають достатньо виражену тривожність та високо піддаються стресам, більшою мірою схильні аналізувати це та переживати всередині, що знижує ймовірність подібних порушень.

У наступному підрозділі нами будуть проаналізовані результати кореляційного аналізу між показниками агресії, психічних станів та психосоматичних розладів особистості.

3.5. Аналіз ролі пригніченої агресії у формуванні психосоматичних захворювань

На останньому етапі емпіричного дослідження було проведено кореляційний аналіз отриманих показників. Для цього використано критерій Ч. Спірмена.

Даний непараметричний метод представлений у формі матриці кореляцій, що дозволяє проаналізувати наявність значимих зв'язків між зазначеними змінними.

Загальні кореляційні матриці представлені у додатках до роботи. В окреслених таблицях представлені значимі показники кореляцій, що вказують на наявність взаємозв'язків між агресивністю досліджуваних, їх психічними станами та психосоматичними порушеннями.

Першими ми представимо результати аналізу наявних взаємозв'язків між показниками агресивності досліджуваних та психосоматичними розладами у групі досліджуваних жінок. Результати дослідження представлені в таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

**Взаємозв'язок агресивності та психосоматичних розладів у жінок
молодого віку**

	Інд екс агр есії	Інд екс вор ож ост і	Фіз ичн а агр есі я	Не пря ма агр есі я	Роз дра тува ння	Ве рба льн а агр есі я	Під озр іліс ть	По чу ття пр ов ин и
Ступінь погіршення самопочуття	0,434					0,343		0,371
Розлади травлення					0,333			
Збудливість		0,316						
Занижена працездатність				0,343				
Нав'язливі думки					0,381			
Невмотивований страх							0,408	
Іпохондрія	0,53		0,301		0,43			
Зловживання курінням	0,367							
Зловживання алкоголем	0,356							
Гіпоманіакальні прояви	0,302				0,484			

Примітка: значимі результати на рівні $p \leq 0.05$

Результати кореляційного аналізу між рівнем агресивності та показниками психосоматичних розладів у жінок молодого віку свідчать про існування статистично значущих взаємозв'язків, які відображають певні закономірності психологічного функціонування цієї групи.

Зокрема, було виявлено, що загальний індекс агресивності досліджуваних жінок позитивно корелює із ступенем погіршення самопочуття, що може вказувати на те, що жінки з вищим рівнем агресивності частіше відзначають загальне погіршення фізичного стану, відчуття слабкості, розбитості, соматичний дискомфорт. Загалом даний результат може вказувати на те, що пригнічена, агресія, у молодих жінок може знаходити вихід саме

через тілесні симптоми. При цьому ми також бачимо, що індекс агресії прямо корелює із показниками іпохондрії у молодих жінок, що вказує на те. Що більший рівень агресивності сприяє розвитку фіксації на власних тілесних відчуттях, а також прагненню до перебільшення негативного впливу цих відчуттів на фізичний стан організму, а також на їх життя в цілому. Також ми можемо побачити, що індекс агресивності є прямо пов'язаний і з зовнішніми проявами жінок, такими як зловживання палінням чи алкоголем. Тобто жінки більшою мірою можуть сприймати тютюнові та алкогольні вироби як спосіб справитись із внутрішнім напруженням і пригніченою агресією.

Також ми можемо побачити, що існує прямий зв'язок між проявами непрямих форм агресії у жінок із їх зниженою працездатністю. Тобто це може свідчити про те, що накопичені негативні емоції та прагнення виразити їх сприяють загальному виснаженню фізичний та психологічних ресурсів жінок, у подальшому впливає на їхню життєву та професійну активність.

Дослідження свідчить, що роздратування має прямий зв'язок із нав'язливим думками, що може свідчити про наявність певного внутрішнього конфлікту між прагненням вивільнити свою агресію та заборонаю на прояв агресивних поривів, що провокує появу нав'язливих думок щодо власної невідповідності соціальними стереотипам поведінки сучасної жінки. Роздратування також є прямо пов'язаним із розладами травлення, що відображає психосоматичний механізм, коли накопичене невдоволення та пригнічені емоції соматизуються у вигляді гастроентерологічних скарг - спазмів, болю в животі, нудоти тощо. І також роздратування корелює із гіпоманіакальними проявами та схильністю до іпохондрії, що свідчить про те, що надлишкова внутрішня напруга, пов'язана з постійним роздратуванням, провокує періодичні сплески надмірної активності, імпульсивності та емоційної нестабільності, що у подальшому також може провокувати прагнення перебільшити власний виснажений стан організму, а також наявність хвороб.

Підозрілість досліджуваних жінок корелює із наявним у них немотивованим страхом, що може бути свідомством того, що недовіра до зовнішнього оточення у психосоматичному контексті може проявлятися у формі панічних атак або генералізованої тривоги.

У свою чергу, почуття провини має зв'язок із погіршенням самопочуття, що може свідчити про те, що пригнічена агресія, яка трансформується в усвідомлення власної вини і спрямування агресії на себе може знаходити вихід у тілесних проявах.

Тож, за результатами кореляційного аналізу у даному випадку ми можемо зробити висновок, що напруга через неможливість вивільнити власні агресивні пориви у досліджуваних жінок знаходить вихід саме у формі психосоматичних розладів, тілесних відчуттів.

Наступними ми проаналізуємо результати кореляційного аналізу у показниках агресивності та психосоматичних розладів у групі досліджуваних чоловіків. Результати представлені у таблиці 3.11.

Таблиця 3.11

Взаємозв'язок агресивності та психосоматичних розладів у чоловіків молодого віку

	Фізична агресія	Непрямая агресія	Роздракування	Вербальна агресія	Образа	Підозрілість
Ступінь погіршення самопочуття						-0,306
Розлади травлення		0,476	0,346			
Розлади ССД	0,384					
Порушення чутливості			0,373	0,326		
Порушення моторики				0,344		
Психічне виснаження	0,433					
Порушення сну			0,446			
Нав'язливі думки				-0,421		

Невмотивований страх			0,358	0,336		
Невпевненість			0,483		0,339	
Пасивність					0,464	
Афективна нестійкість			0,386			-0,323
Інтровертованість						-0,331
Соціальна неадаптивність				-0,421		
Зловживання курінням						-0,303
Зловживання алкоголем				-0,381		
Гіпоманіакальні прояви						
Галюцинаторні порушення		0,436				

Примітка: значимі результати на рівні $p \leq 0.05$

Результати кореляційного аналізу між рівнем агресивності та показниками психосоматичних розладів у чоловіків молодого віку демонструють певні особливості, які відображають характерні для чоловічої групи механізми психологічного та психосоматичного реагування.

Зокрема, було виявлено, що фізична агресія є прямо пов'язаною із наявними розладами серцево-судинної система (ССС), а також відчуттям психічного виснаження у молодих чоловіків. Це є свідомством того, що фізичні форми агресії провокують появу соматизації в сфері ССС, а також це свідчить про те, що постійна внутрішня напруга та готовність до силового чи імпульсивного реагування виснажує психічні ресурси чоловіків, знижуючи їхню стресостійкість та здатність до відновлення.

У свою чергу непряма агресія має зв'язок із розладами травлення, а також галюцинаторними проявами у молодих чоловіків. Це свідчить про те, що чоловіки, які схильні до непрямого вираження агресії (наприклад, через сарказм, пасивну агресію чи уникнення), частіше стикаються з гастроентерологічними проблемами — болями у шлунку, розладами перетравлення тощо, а також про те, що вияв непрямих форм агресії і, відповідно, неможливість звільнити її напряду, без різних перешкод, провокує появу надмірної імпульсивності та емоційної нестабільності.

Роздратування у чоловіків пов'язане з широким спектром психосоматичних симптомів, а саме із розладами травлення, порушеннями чуттєвості та сну, немотивованим страхом, невпевненість та афективною нестійкістю. Такий набір кореляційних зв'язків може свідчити про те, що роздратування як фонові емоції у чоловіків часто не усвідомлюється та не виражається прямо, але проявляється через тілесні симптоми, емоційні зриви, тривожність та навіть сенсорні порушення.

Також ми можемо побачити комплекс кореляційних зв'язків вербальної агресії із різними психосоматичними проявами. Пряма вербальна агресія пов'язана із порушеннями чуттєвості, моторики, а також наявністю немотивованого страху, при цьому зворотною вона корелює із зловживанням алкоголем, соціальною неадаптованістю та наявністю нав'язливих думок. Такі результати можуть свідчити про те, що пригнічуючи агресивні пориви, коли чоловіки не можуть проявити їх вербально, вони схильні накопичувати більше емоційної напруги, схильні зловживати алкоголем, при цьому вияв вербальних форм агресії спричиняє у них відчуття більшої незахищеності.

Відчуття образи у молодих чоловіків є прямо пов'язаними із невпевненістю та пасивністю, що також говорить про те, що пригнічена агресія змушує їх бути більш чутливими на глибинному рівні, і усвідомлюючи це чоловіки прагнуть більшою мірою дистанціюватись від стресових факторів.

При цьому показники підозрілості мають зворотні зв'язки із зловживанням корінням, погіршенням самопочуття, афективною нестійкістю та інтровертованістю, що говорить про те, що чоловіки, відчуваючи недовіру до оточення, прагнуть навпаки не дистанціюватися від нього, а бути включеним, а також більше фокусуватись на питання власного самопочуття, для того щоб сформувати для себе більш стабільне відчуття контролю над ситуацією.

Загалом, за результатами кореляційного аналізу у даному випадку ми також можемо побачити, що пригнічена агресія відіграє велику роль у формуванні різних психосоматичних проявів, проте ці механізми

відрізняються від жіночих. Якщо у жінок це переважно внутрішня тривожність, самозвинувачення та соматизація через «слабке місце» організму, то у чоловіків ключову роль відіграють труднощі з регуляцією афекту, соціальна дезадаптація та пошук «зовнішніх» способів зняття напруги через залежності або імпульсивну поведінку.

Наступними ми розглянемо результати кореляційного аналізу між показниками психосоматичних проявів та психічних станів досліджуваних жінок. Результати дослідження представлені в таблиці 3.12.

Таблиця 3.12

Взаємозв'язок психічних станів та психосоматичних розладів у жінок молодого віку

	Тривожність	Ригідність
Ступінь погіршення самопочуття		0,302
Знижена працездатність	-0,482	
Нав'язливі думки		0,326
Невмотивований страх	-0,358	
Іпохондрія		0,463

Примітка: значимі результати на рівні $p \leq 0.05$

Результати кореляційного аналізу показників психічних станів та психосоматичних розладів у жінок молодого віку дозволяють виявити низку важливих тенденцій, які відображають глибинні особливості психоемоційного функціонування та соматичного реагування цієї групи.

Зокрема ми можемо побачити, що рівень тривожності досліджуваних молодих жінок має зворотні зв'язки із такими психосоматичними проявами як знижена працездатність та невмотивований страх. Ми можемо говорити про те, що підвищена тривожність досліджуваних жінок суттєво знижує здатність жінок ефективно виконувати свої професійні чи побутові функції. При цьому ми можемо також говорити про те, що тривожність стає для жінок вже

«фоновим» відчуттям, тобто вони настільки звикли до відчуття постійної внутрішньої напруги, що наразі схильні сприймати це власним нормалізованим станом. Це може бути захисним механізмом, який маскує справжній страх перед конфліктами, перед необхідністю відкрито виражати гнів чи незгоду.

Ригідність, у свою чергу, має прямі зв'язки із ступенем погіршення самопочуття, що свідчить про те, що жінки, котрим важче адаптуватись до нового та проявляти гнучкість у різних життєвих ситуаціях, більшою мірою схильні відчувати напругу саме на фізичному, тілесному рівні.

Також виявлений прямий зв'язок між ригідністю та наявністю нав'язливих думок у молодих жінок, що може свідчити про те, що ригідні жінки частіше стикаються із когнітивною фіксацією на тривожних або негативних думках, які стають повторюваними та нав'язливими.

Також було виявлено, що існує прямий зв'язок між ригідністю та іпохондрією у молодих жінок. Це може свідчити про те, що негнучкі жінки частіше схильні до надмірного фокусування на своєму фізичному стані, до надмірної інтерпретації будь-яких тілесних сигналів як симптомів серйозних захворювань.

Таким чином, аналіз кореляційних зв'язків демонструє, що для жінок молодого віку з високим рівнем тривожності та ригідності характерне не тільки погіршення психосоматичного стану, але й особливий патерн реагування, у якому ключову роль відіграє пригнічена агресія. Тобто у випадку із досліджуваними молодими жінками, пригнічена агресія, що не може вивільнитись через наявність високої тривожності та прояв негнучкості і не адаптивності, може знаходити вихід у формі переживань, нав'язливих думок, а також драматизації власного психічного та фізичного стану.

Останніми ми проаналізуємо результати кореляційного аналізу між показниками психосоматичних проявів та психічних станів у досліджуваних молодих чоловіків. Результати представлені у таблиці 3.13.

Таблиця 3.13

**Взаємозв'язок психічних станів та психосоматичних розладів у
чоловіків молодого віку**

	Тривожність	Фрустрація	Ригідність
Ступінь погіршення самопочуття			0,355
Коливання інтенсивності скарг	-0,341		
Розлади ССД		-0,341	
Порушення чутливості		-0,443	
Психічне виснаження	0,336		
Невмотивований страх			-0,544
Зловживання курінням	-0,405		
Паранояльна налаштованість	0,382		-0,438
Галюцинаторні порушення			-0,339

Примітка: значимі результати на рівні $p \leq 0.05$

Результати кореляційного аналізу показників психічних станів та психосоматичних розладів у чоловіків молодого віку також виявляють низку значущих зв'язків, які дозволяють глибше зрозуміти, як саме емоційні стани пов'язані з соматичними проявами у цієї групи.

Результати вказують на те, що тривожність чоловіків є прямо пов'язаною із відчуттям психічного виснаження, а також наявність паранояльної налаштованості, що може свідчити про те, що постійне внутрішнє відчуття напруги може провокувати відчуття виснаження, а також необхідність пошуку зовнішніх загроз.

При цьому існує негативний зв'язок між тривожністю та коливанням інтенсивності скарг, а також із зловживанням курінням. Тобто чоловіки, у

прагненні «самолікування» та зниження інтенсивності напруги та негативних відчуттів вважають, що паління допоможе їм в цьому процесі.

У свою чергу фрустрація у досліджуваних чоловіків має зворотні зв'язки із скаргами щодо роботи серцево-судинної системи, а також порушеннями чуттєвості. Це може вказувати на те, що чоловіки, які часто відчують фрустрацію, менш схильні до соматизації через серцево-судинні симптоми або сенсорні розлади.

Щодо показників ригідності, ми можемо побачити, що вона має прямий зв'язок із погіршенням самопочуття досліджуваних чоловіків. Тобто прояв не гнучкості та низької адаптивності, неможливість пристосуватись до наявних умов, навіть стресових, призводить до вивільнення негативних відчуттів у формі тілесних проявів.

Зворотній зв'язок між ригідністю та наявністю невмотивованого страху у досліджуваних чоловіків може бути свідомством того, що жорстко фіксовані, негнучкі чоловіки рідше відчують невизначений, розмитий страх. Для таких осіб притаманне прагнення до чіткої структурованості та контролю, і це певною мірою захищає їх від екзистенційної тривоги.

Також наявні зворотні зв'язки між ригідністю та паранояльною налаштованістю та галюцинаторними порушеннями. Це може свідчити про те, що певна ступінь емоційної гнучкості дозволяє агресії проявлятися у символічній або фантазійній формі, тоді як ригідні чоловіки, які блокують цей канал, змушені «відправляти» пригнічену агресію у тілесну сферу.

Таким чином, аналіз наявних зв'язків у групі молодих чоловіків вказує на те, що ключові фактори формування пригніченої агресії, такі як тривожність, фрустрація та ригідність, формують у чоловіків специфічний профіль психосоматичних порушень, такі як фізичне та емоційне виснаження, нав'язливі думки, невмотивований страх, а також відсутність емоційної стабільності.

3.6. Практичні рекомендації щодо роботи із пригніченою агресією

Робота з пригніченою агресією в рамках когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) ґрунтується на розумінні того, що агресія як така - природний емоційний прояв і не є патологією. Однак тривале придушення цієї емоції може призвести до психосоматичних порушень.

У КПТ особлива увага приділяється виявленню автоматичних думок, глибоких переконань та стійких моделей поведінки, які сприяють уникненню прояву агресії або трансформують їх у тілесні симптоми.

Терапевтичний процес починається зі створення безпечної та підтримуючої обстановки, в якій клієнт поступово вчиться розпізнавати та приймати свої почуття, у тому числі і злість, не побоюючись бути засудженим чи покараним.

Однією з ключових завдань спеціаліста є допомога у розпізнаванні когнітивних викривлень, що перешкоджають вільному вираженню агресії. Часто людина дотримується настанов на кшталт: «злитися - це погано», «якщо я покажу злість, мене перестануть любити», або «агресія - вияв слабкості».

Терапевт в такому випадку допомагає клієнту проаналізувати ці установки, поставити під сумнів і замінити більш реалістичними і підтримуючими, наприклад: «злість можна висловлювати конструктивно», «мої почуття мають право на існування», або «асертивність - це сила, а не агресія».

Одним із важливих інструментів КПТ при роботі з пригніченою агресією є щоденник емоцій. З його допомогою клієнт записує ситуації, що викликають внутрішню напругу, почуття несправедливості чи фрустрацію, і реакцію на них. Це сприяє розвитку навичок самоспостереження та допомагає помічати ті моменти, коли виникає злість, але не знаходить виходу.

Паралельно використовуються методи когнітивної реструктуризації - вони дозволяють переосмислити те, що відбувається, і змінити сприйняття своїх емоцій та поведінкових реакцій.

У межах когнітивно-поведінкової терапії важливе місце займає використання експозиційних технік. Ці методи допомагають клієнту

поступово входити в контакт із власною агресією - спостерігати, як вона проявляється в тілі, думках і бажаннях, при цьому не пригнічуючи її автоматично та не уникаючи контакту з нею.

Один із способів - уявна експозиція: клієнт подумки повертається в ситуації, що викликають злість, і разом із терапевтом аналізує свої реакції та тілесні відчуття, що виникають у відповідь.

Додатковим методом є тілесно-орієнтована робота. У процесі клієнт вчиться помічати ділянки тіла, в яких накопичується напруга при стримуванні емоцій, і освоює дихальні техніки, що допомагають «продихати» цю напругу та поступово її зменшити.

Також у практиці КПТ застосовуються рольові ігри та моделювання міжособистісних ситуацій. Це дозволяє клієнту відпрацьовувати навички асертивної поведінки - вміння висловлювати власні почуття, потреби та встановлювати межі без нападу, але й без самопридушення.

Особливо актуальними такі техніки стають для тих, хто в дитинстві засвоїв установки, що пов'язують прояв агресії з ризиком, соромом чи небезпекою.

Невід'ємною частиною терапевтичного процесу є розвиток емоційної грамотності - здатності розрізняти та називати власні почуття. Часто за агресією ховаються інші емоції, такі як страх, образа чи сором.

Терапевт допомагає клієнту не тільки дозволити собі відчувати злість, але й зрозуміти її глибинні причини, розпізнати незадоволені потреби, які стоять за нею - наприклад, потреба у повазі, свободі, визнанні чи почутті безпеки.

У процесі роботи активно використовуються методи роботи з тілесними реакціями: прогресивна релаксація м'язів, дихальні вправи, візуалізація безпечного простору. Ці техніки допомагають знижувати загальний рівень внутрішньої напруги та вчать клієнта керувати емоціями не через придушення, а через усвідомлене регулювання.

Таким чином, когнітивно-поведінковий підхід до роботи з пригніченою агресією є структурованою, але гнучкою системою, яка включає усвідомлення емоцій, трансформацію неадаптивних переконань, формування нових поведінкових стратегій і розвиток навичок емоційного самоконтролю. Все це сприяє зниженню психосоматичної напруги, покращенню якості життя та зміцненню внутрішньої стійкості клієнта.

Важливим аспектом в даному контексті також є і керування власними агресивними проявами самою особистістю. Самостійна робота з пригніченою агресією відіграє у підтримці як психічного, і фізичного здоров'я.

Агресія - це природна емоційна реакція на порушення особистих кордонів, несправедливість чи фрустрацію важливих потреб. Якщо систематично придушувати або ігнорувати цю емоцію, це може призвести до хронічної внутрішньої напруги і, як наслідок, - до розвитку психосоматичних розладів: головного болю, порушень сну, проблем з травною та серцево-судинною системами та ін.

Тому важливо навчитися вчасно розпізнавати агресивні реакції, називати їх, дозволяти їм бути присутніми у свідомості без самокритики та знаходити способи їх екологічного вираження.

Перший крок - розвиток емоційної усвідомленості. Це передбачає регулярну увагу до свого внутрішнього стану: зауваження моментів, коли виникає роздратування, гнів, образа, а також розуміння, що стало спусковим гачком.

Ведення щоденника емоцій може бути особливо корисним - у ньому фіксуються події, емоції, думки, тілесні відчуття та поведінкові реакції. Такий метод дозволяє виявити ситуації, що повторюються, в яких емоції агресії пригнічуються, а також виявити глибинні установки на кшталт: «Мені не можна злитися», «Я повинна бути завжди гарною», «Якщо висловлю невдоволення - мене відкинуть».

Після того, як людина усвідомлює обмежуючі переконання, важливо почати формувати нові, більш гнучкі та адаптивні. Наприклад, замість «злість

- це погано» - прийняти установку «агресія - це сигнал, що мої межі порушуються».

Важливо дати собі право відчувати цю емоцію, визнаючи, що агресія — така ж нормальна частина внутрішнього життя, як будь-які інші почуття. Проте разом із цим треба вчитися висловлювати її не руйнівно, а конструктивно - так, щоб не завдавати шкоди оточуючим і не руйнувати стосунки.

Одним із дієвих напрямів є розвиток асертивної поведінки - вміння спокійно та впевнено заявляти про свої почуття, потреби, незгоду чи відмову.

Це може виражатись простими, але чесними фразами: «Мені неприємно, коли...», «Я починаю злитися, коли мене не чують». Важливо не збирати напругу, а давати їй вербальний вихід.

Також варто приділити увагу розвитку емоційної грамотності - здатності розрізняти, які почуття стоять за злістю: можливо, це страх бути знехтуваним, почуття образи або відчуття несправедливості.

Ефективною підтримкою у процесі стає робота з тілом. Пригнічена агресія часто накопичується в тілі у вигляді блоків, болю, скутості.

Практики, спрямовані на тілесне усвідомлення - дихальні вправи, тілесно-орієнтовані медитації, йога - допомагають відчутти тіло, звільнити напругу та знизити рівень тривоги. Регулярна фізична активність, така як біг, плавання, танці або навіть контактні види спорту сприяє безпечному вивільненню накопиченої енергії.

Важливим компонентом є розвиток здатності до самопідтримки. Замість засудження себе за емоції чи сорому за агресію, важливо навчитися ставитися до себе з розумінням: ставити собі питання на кшталт «Чому я злюсь?», «Що для мене важливо в цій ситуації?», «Як я можу про себе подбати прямо зараз?».

Це знижує внутрішній конфлікт і перетворює агресію на ресурс - енергію, яку можна спрямувати на захист своїх інтересів, реалізацію цілей та відстоювання особистих цінностей.

Також корисно розвивати навичку рефлексії: вміти розрізняти, чи дійсно ситуація вимагає активного вираження емоцій, чи йдеться про проекції та автоматичні реакції, сформовані в минулому. Чим ясніше людина усвідомлює функції своїх емоцій, тим легше їй брати відповідальність за поведінку і вибирати здоровіші способи реагування.

Отже, самостійна робота з пригніченою агресією включає розвиток емоційної усвідомленості, чесність із собою, переосмислення обмежуючих переконань, освоєння навичок асертивного спілкування і регулярну тілесну практику. Все це сприяє внутрішній рівновазі, знижує ризик психосоматичних захворювань і повертає людині відчуття контролю над собою та своїм життям.

Висновки до третього розділу

1. За результатами дослідження агресивності досліджуваних молодих чоловіків та жінок виявлено, що чоловіки частіше проявляють більшу схильність до самозахисту та збереження контролю в міжособистісних стосунках, що може сприяти підвищеній настороженості та недовірі до оточуючих. Крім того, саме підозрілість у чоловіків може бути пов'язана з пригніченою агресією, адже соціальні норми часто стримують їх від прямого вираження агресії або емоцій, що може призводити до підвищеної недовіри і бажання постійно оцінювати наміри інших. Натомість для групи жінок характерний вищий рівень прояву почуття образи, що може свідчити про підвищену схильність жінок до самозвинувачення та спрямованої на себе агресії, що, у свою чергу, підвищує ризики розвитку психосоматичних розладів.

2. За результатами дослідження психічних станів досліджуваних молодих чоловіків та жінок визначено, що для жінок характерна більш висока чутливість, вразливість та водночас меншу впевненість у собі у ситуаціях невизначеності або конфлікту. Чоловіки, навпаки, демонструють вищу емоційну стабільність та адаптивність.

3. За результатами дослідження психосоматичних розладів досліджуваних чоловіків та жінок виявлено, що жінки частіше мають психосоматичні прояви, зокрема розлади травлення, порушення серцево-судинної системи, сенсорні та моторні порушення, а також виснаження. Вони більш схильні до тривожно-фобічних проявів, нав'язливих думок, соціальних страхів та уникнення контактів. Натомість для чоловіків характерним є прагнення до пригнічення негативних відчуттів, що може призводити до прихованого накопичення напруги та ризику глибших психосоматичних порушень у майбутньому.

4. За результатами кореляційного аналізу було виявлено, що напруга через неможливість вивільнити власні агресивні пориви у досліджуваних жінок знаходить вихід саме у формі психосоматичних розладів, тілесних відчуттів, таких як порушення сну, роботи серцево-судинної системи та системи травлення, загальному погіршенні самопочуття, появі невмотивованих страхів та нав'язливих думок, схильності до іпохондрії, а також у зловживанні курінням. У свою чергу накопичена пригнічена агресія та напруга у досліджуваних молодих чоловіків проявляється не лише у тілесних відчуттях, а і у труднощах з регуляцією афекту, у пошуку «зовнішніх» способів зняття напруги через залежності (алкоголь, куріння, або імпульсивну поведінку).

5. Одним із найбільш ефективних підходів до роботи із пригніченою агресією є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), основною метою якої я допомогти усвідомити власні емоції, змінити деструктивні переконання щодо агресії, розвинути навички емоційної грамотності та навчитися конструктивно виражати злість. В роботі використовуються такі техніки як ведення щоденника емоцій, когнітивна реструктуризація, експозиційні методи, використання тілесно-орієнтованих технік, рольові ігри тощо. Також важливою є самостійна робота над опрацюванням та вивільненням негативних емоцій, що включає розвиток емоційної усвідомленості, чесність із собою, переосмислення обмежуючих переконань, освоєння навичок асертивного спілкування і регулярну тілесну практику.

ВИСНОВКИ

1. За результатами теоретичного аналізу визначено, що агресія - це будь-яка форма поведінки, спрямована на заподіяння шкоди іншій живій істоті, яка не бажає такого впливу. У свою чергу поняття пригніченої агресії трактується як складний психологічний феномен, який вимагає усвідомленої роботи з емоціями.

Психосоматичні розлади є багатогранним феноменом, є складним міждисциплінарним феноменом, який охоплює широкий спектр захворювань - від конверсійних проявів до серйозних соматичних порушень, зумовлених емоційними факторами. Вони вимагають комплексного підходу в діагностиці та лікуванні.

Пригнічена агресія є потужним психоемоційним фактором, який значно впливає на фізичне здоров'я. Соціокультурні норми, особистісні установки, фізіологічні реакції та психологічні механізми взаємопов'язані, створюючи складну систему, в якій пригнічені емоції можуть трансформуватися у реальні соматичні симптоми.

2. Виявлено, що чоловіки частіше проявляють більшу схильність до самозахисту та збереження контролю в міжособистісних стосунках, що може сприяти підвищеній настороженості та недовірі до оточуючих. Натомість жінкам характерний вищий рівень прояву почуття образи, що може свідчити про підвищену схильність жінок до самозвинувачення та спрямованої на себе агресії.

3. Визначено, що для жінок характерна більш висока чутливість, вразливість та водночас меншу впевненість у собі у ситуаціях невизначеності або конфлікту. Чоловіки, навпаки, демонструють вищу емоційну стабільність та адаптивність.

4. Проаналізовано, що жінки частіше мають психосоматичні прояви, зокрема розлади травлення, порушення серцево-судинної системи, сенсорні та моторні порушення, а також виснаження. Вони більш схильні до тривожно-фобічних проявів, нав'язливих думок, соціальних страхів та уникнення контактів. Натомість для чоловіків характерним є прагнення до пригнічення негативних відчуттів, що може призводити до прихованого накопичення напруги та ризику глибших психосоматичних порушень у майбутньому.

5. За результатами кореляційного аналізу було виявлено, що напруга через неможливість вивільнити власні агресивні пориви у досліджуваних жінок знаходить вихід саме у формі психосоматичних розладів, тілесних відчуттів, таких як порушення сну, роботи серцево-судинної системи та системи травлення, загальному погіршенні самопочуття, появі невмотивованих страхів та нав'язливих думок, схильності до іпохондрії, а також у зловживанні курінням. У свою чергу накопичена пригнічена агресія та напруга у досліджуваних молодих чоловіків проявляється не лише у тілесних відчуттях, а і у труднощах з регуляцією афекту, у пошуку «зовнішніх» способів зняття напруги через залежності (алкоголь, куріння, або імпульсивну поведінку).

6. Одним із найбільш ефективних підходів до роботи із пригніченою агресією є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), в котрій використовуються такі техніки як ведення щоденника емоцій, когнітивна реструктуризація, експозиційні методи, використання тілесно-орієнтованих технік, рольові ігри тощо. Також важливою є самостійна робота над припрацюванням та вивільненням негативних емоцій, що включає розвиток емоційної усвідомленості, чесність із собою, переосмислення обмежуючих переконань, освоєння навичок асертивного спілкування і регулярну тілесну практику.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бешлей, Н. О., Л. І. Сеньківська, Д. С. Селимханова. "Психосоматичні захворювання та наслідки жорстокого поводження з дітьми." (2022).
2. Гранд В. В. Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник для здобувачів ступеня вищої освіти магістра спеціальності «Психологія» освітньо-професійної програми «Психологія». Запоріжжя: ЗНУ, 2024. 107 с.
3. Гречишкіна, К. О., Лосієвська, О. Г. Соціально-психологічні чинники психосоматичних розладів у студентської молоді. *Редакційна колегія*, 142.
4. Громова А. А., Гринь В. М. Агресивна поведінка і її вплив на психосоціальну адаптацію молодих людей // Психологічні координати розвитку особистості: реалії і перспективи : зб. наук. матеріалів VI Міжнар. наук.-практ. конф. до 110-річчя Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка, 30-31 травня 2024 р. Полтава : Астроя, 2024. С. 38-46.
5. Дерев'янюк С.П. Емоційні особливості рольової віктимності молоді. Проблеми психологічної безпеки сучасної молоді: монографія / за наук. ред. О. Ю. Дроздова. Чернігів: Десна Поліграф, 2019. С. 48–60
6. Дроздов, О. Ю. (2003). Соціально-психологічні фактори динаміки агресивної поведінки молоді.
7. Дружбляк Н. Кожен третій українець - психічно хворий. Київ: Високий замок. 2013. С. 18.
8. Завязкіна Н. Ведмеденко А. Алекситимія як чинник соматизації психологічних проблем № 50 (2020): Проблеми сучасної психології. - <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2020-50.11-30>

9. Загальна психологія: навчальний посібник / За заг. ред. Р.А. Калениченка, О.Г. Льовкіної, І.О. Петухової. Ірпінь: Університет державної фіскальної служби України, 2019. 446с.
10. Зелена, О., Мірчук, І. (2022). Вплив війни на громадянську позицію та геополітичні настрої студентської молоді в Україні. *Вісник Львівського університету. Серія філос.-політолог. студії*, 264-274.
11. Зливков В., Лукомська С., Федан О. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. С. 4–8.
12. Качанова, Ю. В. "Агресивність та агресія як соціологічні категорії." *Наукові праці [Чорноморського державного університету імені Петра Могили]. Сер.: Соціологія* 146, Вип. 133 (2010): 50-54.
13. Калениченко, Р., Клевець, Л., Петухова, І. (2022). Психокорекція психосоматичних проявів у здобувачів вищої освіти засобами музикотерапії. *Вісник Національного університету оборони України*, 65(1), 31–36. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-65-1-31-36>
14. Клевець. Л.М. Соціально-психологічні чинники психосоматичних розладів у студентської молоді : автореф. дис... канд.. психол. наук : 19.00.05 Луганськ,2013. 20 с.
15. Кириченко, Р. В. (2017). Дослідження проблеми агресивної поведінки сучасної молоді. *Virtus*.
16. Козак Г. А., Магдисюк Л. І. Психологія тілесності : методичні рекомендації до курсу : курс лекцій / Волинський національний університет імені Лесі Українки, факультет психології, кафедра практичної психології та психодіагностики. Луцьк. 2023. 103 с.
17. Кравчук, С. Л. "Особливості ставлення студентської молоді до агресії в розв'язанні політико-правових питань." *Проблеми політичної психології* 5.19 (2017): 325-334.
18. Мельничук, М. (2021). Статеві відмінності агресивної поведінки дітей підліткового віку. *Молодий вчений*, (4 (92)), 171-174.

19. Мозгова, Г.П., Ханецька, Т.І., & Якимчук, О.І. Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія: Навчальний посібник. Київ : НПУ імені М.П.Драгоманова, 2021.
20. Ніколаєва О.І., Грекова О.М. Психологічні особливості підлітків з різноманітними психосоматичними захворюваннями // Сучасні проблеми науки та освіти. 2014. №6.; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=16633>
21. Нерсисян Г. А. Медіаграмотність молоді — запорука протидії інформаційній агресії. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 6. С. 56–60.
22. Омелянович, В. Ю., Є. Г. Гриневич, and С. М. Макаренко. "Гендерні особливості емоційного вигорання у хворих на психосоматичні захворювання." *Здоров'я суспільства* 7, № 2 (2018): 82-86.
23. Павелків, В. (2016). Агресія як феномен сучасності в системах молодіжних субкультур. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*, (31). <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2016-31.%p>
24. Павелків, В. (2019). Специфіка прояву агресії та деструктивної поведінки в підлітковому віці. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*, (30). <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2015-30.%p>
25. Петрунько, О., Паціора, Г. (2023). Особливості віктимної поведінки молоді. *Вчені записки Університету «КРОК»*, (2 (70)), 159-165.
26. Подра А. А. Психосоматичне здоров'я підлітків та молоді із подавленими забороненими емоціями у сімейному вихованні : кваліфікаційна робота магістра : 053 Психологія / А. А. Подра; Хмельниц. нац. ун-т. – Хмельницький, 2023. – 115с.
27. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навчальний посібник / за заг. ред. О. О. Чабана, О. О. Хаустової. К: ВНТУ, 2018. 108 с
28. Рештакова, Н. О. Депресія як один з чинників, що сприяють розвитку психосоматичних розладів. (2019): 29-31.

29. Самопочуття українців під час війни: емоції, очікування, особистий досвід – опитування у західних та центральних регіонах. Фонд «Демократичні ініціативи» імені Ілька Кучеріва та Центр політичної соціології за підтримки John Fell Oxford University Press Research Fund. 7–15 травня 2022 р. URL: <https://cutt.ly/CLq6L4W>

30. Сингаївська І.В. Сучасні прояви віктимності жінок: окремі питання віктимологічної профілактики. Форум права. Харків : Харківський національний університет внутрішніх справ, 2011. № 2. С. 834–838.

31. Стабровський, М. Е., Беспалов, Ю. І., Новікова, І. А., Морозов, В. М. (2019). Життєдіяльність суспільства та проблема психосоматичних захворювань. *ББК 78.6 я431*, 45.

32. Ткачишина О. Р. Особливості соціально-психологічної адаптації особистості в умовах кризових ситуацій. Вчені записки Таврійського національного університету імені В.І. Вернадського. Т. 32(71). 2021. № 3. 157.

33. Чухрій, І. В. "Дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з набутими порушеннями опорно-рухового апарату." *Психологічний часопис* 5, № 11 (2019): 119-132

34. Шевченко О. М., Талько О. Б. Психолого-культурологічні аспекти вживання ненормативної лексики у молодіжному середовищі. Молодий вчений. Вип. 3 (43), 2017. С. 280-283.

35. Шкарлатюк, К. І. Агресія та здатність до прогнозування в підлітковому віці / К. І. Шкарлатюк // Психологічні перспективи / Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, Ін-т соц. та політ. психології АПН України ; гол. ред. Л. Засекіна. – Луцьк, 2011. – Вип. 17. – С. 273-279. – Бібліогр.: 8 назв.

36. Шиделко, Анна Володимирівна. "Психологічні особливості вербальної агресії молоді." *The 5 th International scientific and practical conference "Scientific research in the modern world" (March 9-11, 2023) Perfect Publishing, Toronto, Canada. 2023. 471 p.. 2023.*

37. Якимчук Оксана, Ханецька Тетяна. (2021). Вплив сім'ї на виникнення психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку. //

Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. С.90-104.
Психологічні науки : зб. наук. праць / за наук. редакцією І. С. Булах. Київ :
Видво НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. Вип. 14 (59). 110 с

38. Chmielewska M. (2020). Preventing aggression in youth: a social aspect. *Continuing Professional Education: Theory and Practice*, (3), 16–23.
<https://doi.org/10.28925/1609-8595.2020.3.2>

39. Feher V. P. , Annar D., Zsakai A., Bodzsar E. The association of psychosomatic health with physical status and lifestyle factors in adolescence. // *Anthropol Anz.* 2018 Dec 11;75(4):279-290. oi:10.1127/anthranz/2018/0897. – Джерело доступу <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30422148/>.

40. Zimbardo, P. G., Ruch, F. L. (2019). *Psychologia i życie*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

ДОДАТКИ

Додаток А. Результати дослідження за опитувальником діагностики стану агресії (А. Басса, А. Дарки)

Досліджуваній	Група	Вік	Індекс агресії	Індекс ворожості	фізична агресія	непряма агресія	роздратування	вербальна агресія	образа	підозрілість	негативізм
1	ж	27	8	7	3	10	1	5	9	2	8
2	ж	23	8	7	3	10	10	6	9	6	7
3	ж	27	3	3	1	2	4	9	8	5	6
4	ж	27	4	2	1	5	1	7	3	2	6
5	ж	25	1	6	4	3	8	1	9	6	2
6	ж	25	8	1	5	7	3	1	10	10	6
7	ж	25	2	4	4	6	6	10	3	4	4
8	ж	26	5	1	4	9	6	5	8	5	10
9	ж	26	3	6	5	10	1	1	6	1	6
10	ж	24	2	8	3	5	1	4	10	1	8
11	ж	27	6	7	5	2	7	10	1	1	1
12	ж	24	1	8	2	5	1	5	9	4	9
13	ж	23	8	6	2	8	3	4	10	5	5
14	ж	24	7	8	3	6	7	8	8	5	9
15	ж	27	8	2	3	4	4	10	8	1	10
16	ж	24	6	5	3	8	2	4	8	7	8
17	ж	24	6	4	3	10	1	1	8	4	9
18	ж	26	2	2	5	6	1	1	5	7	2
19	ж	25	4	2	4	8	5	7	9	8	6
20	ж	27	5	6	2	7	6	7	1	3	5
21	ж	25	8	5	5	5	7	7	6	6	7
22	ж	27	3	3	2	7	2	6	9	2	2
23	ж	23	7	3	4	9	2	9	9	2	3
24	ж	23	7	6	2	4	8	5	3	3	2
25	ж	27	6	2	4	1	4	9	1	9	8
26	ж	24	8	4	5	9	6	4	4	3	8
27	ж	28	6	6	1	5	9	10	6	6	4
28	ж	25	2	5	2	5	6	7	9	2	7
29	ж	27	7	6	5	3	6	7	7	6	3

30	ж	27	3	1	5	2	3	8	4	7	10
31	ч	25	3	2	5	10	1	3	10	10	7
32	ч	23	6	3	4	9	2	8	4	8	10
33	ч	25	6	4	1	10	9	4	9	10	5
34	ч	27	6	6	5	1	2	6	8	8	9
35	ч	26	6	2	1	2	5	5	9	6	7
36	ч	25	2	5	3	8	5	2	10	4	3
37	ч	27	8	6	1	8	5	4	4	2	2
38	ч	28	2	6	5	6	1	9	4	6	8
39	ч	23	4	8	4	10	7	6	3	10	4
40	ч	23	6	2	1	10	2	6	4	10	2
41	ч	24	1	2	4	1	2	1	8	6	2
42	ч	27	8	7	4	2	6	5	5	10	7
43	ч	27	4	6	3	4	5	5	6	3	9
44	ч	25	5	2	4	4	9	2	6	3	3
45	ч	26	2	7	4	2	4	1	8	5	8
46	ч	24	4	5	5	3	1	2	2	10	10
47	ч	25	7	7	1	1	5	4	8	2	8
48	ч	28	2	7	3	1	6	8	4	2	9
49	ч	27	6	4	2	5	4	6	2	10	6
50	ч	28	7	7	2	8	5	9	10	6	2
51	ч	23	8	5	4	7	9	3	7	10	9
52	ч	26	2	7	2	6	5	7	4	8	7
53	ч	23	7	1	5	8	9	3	2	4	3
54	ч	25	7	3	1	9	6	1	6	9	5
55	ч	28	3	3	1	8	9	9	1	3	8
56	ч	25	7	5	5	7	7	1	6	10	5
57	ч	26	7	5	1	10	9	6	6	4	9
58	ч	26	8	8	3	5	7	10	9	5	8
59	ч	23	5	3	1	2	5	5	4	9	10
60	ч	23	6	8	4	7	5	3	5	10	7

Додаток Б. Результати дослідження за методикою діагностики психічних станів (Г. Айзенк)

Досліджуваний	Група	Вік	Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність
1	ж	27	12	17	12	17
2	ж	23	10	14	12	13
3	ж	27	9	19	19	9
4	ж	27	10	17	9	15
5	ж	25	15	15	16	12
6	ж	25	15	9	10	11
7	ж	25	15	8	17	13
8	ж	26	17	17	10	8
9	ж	26	12	18	9	14
10	ж	24	9	14	14	14
11	ж	27	11	8	8	13
12	ж	24	19	19	9	18
13	ж	23	11	15	14	9
14	ж	24	16	9	16	12
15	ж	27	15	8	11	15
16	ж	24	9	8	19	11
17	ж	24	10	14	18	14
18	ж	26	10	19	9	8
19	ж	25	12	14	8	19
20	ж	27	11	12	8	17
21	ж	25	14	12	14	12
22	ж	27	14	11	14	15
23	ж	23	17	18	15	14
24	ж	23	19	16	8	11
25	ж	27	9	12	18	14
26	ж	24	18	18	15	9
27	ж	28	15	10	16	14
28	ж	25	18	16	16	11
29	ж	27	8	18	9	8
30	ж	27	8	12	11	14
31	ч	25	10	13	1	10
32	ч	23	6	17	2	5
33	ч	25	12	4	19	1
34	ч	27	8	4	18	5

35	च	26	0	18	16	18
36	च	25	8	6	18	6
37	च	27	8	5	17	3
38	च	28	19	4	7	10
39	च	23	18	12	16	0
40	च	23	11	19	8	1
41	च	24	12	14	11	2
42	च	27	16	9	4	6
43	च	27	6	6	8	9
44	च	25	10	17	6	6
45	च	26	19	15	9	2
46	च	24	12	5	2	18
47	च	25	14	16	14	6
48	च	28	13	1	19	0
49	च	27	5	3	6	17
50	च	28	13	13	7	10
51	च	23	19	5	0	5
52	च	26	3	13	5	16
53	च	23	4	3	14	16
54	च	25	17	8	2	2
55	च	28	1	11	0	9
56	च	25	10	0	9	4
57	च	26	1	7	19	1
58	च	26	18	17	4	2
59	च	23	11	9	1	3
60	च	23	11	18	4	2

Додаток В. Результати дослідження за опитувальником невротичних розладів (Х. Хансен)

Г	В	с	к	р	р	п	п	п	п	з	м	з	н	н	ф	п	н	п	а	і	і	с	з	з	з	г	п	г
р	і	т	о	о	о	о	о	с	о	б	а	а	а	е	о	о	е	а	ф	н	п	о	л	л	л	і	а	а
у	к	у	л	з	з	р	р	и	р	у	л	н	в	м	б	р	в	с	е	т	о	ц	о	о	о	п	р	л
п		п	е	л	л	у	у	х	у	д	о	'	я	т	і	у	п	и	к	р	о	.	в	в	в	о	а	ю
а		і	б	а	а	ш	ш	і	ш	л	ц	ж	з	и	ч	ш	е	в	т	о	о	Н	ж	ж	ж	м	н	ц
		н	а	д	д	е	е	ч	е	и	і	е	л	в	н	е	н	н	и	в	н	е	и	и	и	а	о	и
		ь	н	и	и	н	н	н	н	в	н	н	л	о	і	н	н	і	в	е	д	а	в	в	в	н	й	н
		п	н	т	С	н	н	е	н	і	н	а	и	о	р	н	е	с	н	р	р	д	а	а	а	і	я	о
		о	я	р	С	я	я	в	я	с	і	п	в	в	о	я	н	т	а	т	і	а	н	н	н	а	л	т
		г	і	а	Д	ч	м	и	с	т	с	р	і	а	з	с	і	н	е	о	я	п	н	н	н	к	ь	а
		і	н	в		у	о	с	н	ь	т	а	д	н	л	о	с	т	е	в	т	и	я	я	я	а	н	р
		р	т	л		т	т	н	у		ь	ц	у	и	а	ц	т		с	а	н	и	к	л	а	л	а	н
		ш	е	е		т	о	ж			е	м	к	с	и	.	ь		т	і	і	в	у	і	л	ь	н	і
		е	н	н		т	є	ж			з	д	и	т		К			і	і	н	і	р	к	к	н	а	п
		н	с	н		є	в	е			д	а	т	р	о	о	н		й	с	і	і	а	о	і	л	о	р
		н	и	я		о	к	н			а	т	а	х	н	т			к	т	с	н	м	г	п	а	р	у
		я	в			с	и	н			т	н	х		а	т			і	ь	т	н	и	о	р	ш	у	ш
		с	н			т		я			н				к				с	ь	ь	я		л	о	т	ш	е
		а	о			і					і				к				с			м		л	я	о	е	

		М	С								С				Т			Т						е	В	В	Н	
		О	Т								Т				і			Ь						М	И	а	Н	
		П	і								Ь				В											і	Я	
		О	с																							с	Т	
		Ч	к																							Т	Ь	
		У	а																									
		Т	р																									
		Т	г																									
		Т	я																									
ж	27	88	4	11	9	4	28	13	88	98	80	62	99	97	54	15	72	15	27	32	62	5	18	23	91	44	7	54
ж	23	17	3	83	32	87	90	90	22	27	77	98	31	49	49	69	18	62	78	11	42	72	73	66	72	52	16	74
ж	27	24	16	80	68	78	60	45	45	79	80	47	90	43	53	95	85	49	92	25	68	3	58	70	27	14	24	47
ж	27	49	45	23	58	95	92	64	62	50	95	46	21	35	59	43	54	70	71	74	52	92	69	75	15	20	15	88
ж	25	88	79	49	40	69	41	16	97	56	36	15	77	74	70	47	55	64	92	61	51	17	74	65	33	83	64	16
ж	25	2	85	63	37	80	44	84	8	21	49	20	53	52	18	27	57	48	23	67	2	47	64	36	63	26	94	34
ж	25	67	31	78	27	50	79	84	42	57	96	11	75	89	19	79	73	21	2	38	95	6	39	36	70	70	27	50
ж	26	74	5	33	86	21	37	7	87	12	2	51	20	36	58	81	95	60	62	67	9	53	63	39	12	10	73	65
ж	26	97	33	25	75	37	48	89	86	93	44	51	60	14	44	72	42	33	86	82	9	51	50	62	6	6	44	13
ж	24	99	24	46	90	99	56	83	80	74	88	44	97	12	71	92	43	85	62	93	89	58	66	59	17	8	35	50
ж	27	15	18	57	55	79	30	45	67	67	33	43	26	53	46	31	76	79	61	33	22	72	13	76	76	94	89	55
ж	24	66	1	40	49	86	24	74	24	55	48	73	46	22	47	68	25	56	47	79	95	68	57	50	9	5	58	7
ж	23	49	43	3	32	41	56	88	3	51	2	96	48	24	74	42	28	99	86	31	28	31	95	23	88	82	15	14
ж	24	76	29	37	36	17	25	28	1	2	13	27	2	61	97	92	74	96	69	10	25	90	94	1	67	80	2	5
ж	27	22	79	84	82	96	99	92	27	32	19	13	98	8	23	66	21	64	44	17	46	36	91	36	4	66	42	43
ж	24	75	42	91	62	12	53	21	90	63	56	76	25	55	6	5	19	86	62	28	29	35	94	1	57	13	75	7

ж	24	33	56	19	72	87	71	92	0	63	85	32	65	78	55	98	50	17	67	27	97	40	87	47	70	64	64	85
ж	26	44	13	52	44	78	89	52	41	21	83	45	45	37	69	61	83	58	28	58	92	20	21	59	36	39	52	36
ж	25	77	45	82	42	50	21	67	8	84	31	89	38	76	64	10	81	46	67	8	83	39	60	53	1	67	53	78
ж	27	87	90	68	1	49	15	60	35	39	9	74	66	47	64	82	21	87	58	68	44	88	62	43	37	92	32	26
ж	25	46	45	28	4	36	52	92	62	18	17	40	60	13	61	99	75	82	13	50	17	92	82	66	18	86	1	9
ж	27	76	70	1	71	22	61	25	27	23	83	45	26	86	35	95	48	41	70	20	81	85	28	22	0	28	81	93
ж	23	34	75	12	48	58	78	15	0	4	13	17	95	12	16	28	23	85	40	35	97	61	77	26	30	17	50	53
ж	23	61	79	53	75	60	53	28	72	52	66	3	11	61	5	97	43	18	58	72	32	70	39	30	19	45	63	53
ж	27	0	55	62	75	13	16	25	27	7	92	27	86	90	3	6	27	62	53	3	86	14	54	45	50	75	30	7
ж	24	24	92	91	58	11	62	64	8	70	85	24	19	15	86	17	31	35	84	82	4	92	46	70	44	24	66	11
ж	28	27	26	43	12	93	24	61	55	47	92	41	16	27	90	88	23	26	84	35	36	36	21	19	15	18	94	13
ж	25	42	56	64	42	98	71	65	98	40	1	5	41	5	74	90	95	78	77	21	82	85	0	72	21	23	87	52
ж	27	23	97	29	24	35	39	89	59	12	18	80	29	95	9	80	45	30	67	25	7	11	83	15	31	93	39	17
ж	27	48	97	90	44	88	72	89	98	10	54	31	74	89	41	99	94	19	79	65	61	64	41	41	63	53	77	28
ч	25	66	33	38	19	19	23	34	30	22	21	32	25	23	24	25	29	25	17	15	32	25	30	84	70	51	15	94
ч	23	59	35	39	20	18	25	32	31	23	18	30	15	25	25	21	29	25	19	14	30	15	77	60	38	7	13	59
ч	25	60	32	38	34	29	27	32	30	20	20	32	12	25	29	12	24	24	22	12	32	12	13	56	8	72	77	97
ч	27	66	35	32	22	25	30	30	32	21	20	30	14	24	25	17	27	21	24	29	30	14	79	77	31	31	97	84
ч	26	61	36	30	21	20	32	30	32	24	19	29	15	21	25	15	28	25	25	23	29	15	81	40	2	4	36	35
ч	25	62	34	30	22	21	32	31	30	25	19	30	15	22	27	14	28	24	25	25	30	15	48	43	48	55	62	96
ч	27	60	32	31	23	18	30	30	32	20	20	27	12	22	17	27	25	29	21	25	27	12	61	72	29	98	98	64
ч	28	51	32	30	20	20	32	32	30	21	23	24	12	20	19	25	29	25	12	24	24	12	39	12	48	58	92	74
ч	23	54	30	32	21	20	30	32	32	18	19	25	14	27	22	24	25	24	17	21	25	14	50	72	21	59	78	68
ч	23	55	30	32	24	19	29	30	30	20	20	25	14	25	24	25	24	25	15	22	25	14	6	18	72	78	99	99
ч	24	59	31	30	25	19	30	32	29	20	20	26	15	19	25	29	25	29	14	22	26	15	38	10	78	23	44	3
ч	27	56	30	32	20	20	27	30	30	19	19	23	25	14	25	25	29	25	26	20	23	25	39	90	18	62	53	27
ч	27	66	32	30	21	23	24	29	34	19	18	20	26	12	21	25	25	17	29	27	20	26	92	24	10	38	80	3
ч	25	63	32	32	18	19	25	30	32	20	20	29	24	17	12	27	25	22	29	25	29	24	34	39	81	28	20	35
ч	26	60	30	30	20	20	25	34	33	23	20	28	27	15	17	17	27	21	24	19	28	27	55	1	89	64	97	57
ч	24	64	32	29	20	20	26	32	30	19	20	26	28	14	15	19	17	29	27	14	26	28	38	38	39	87	13	23

च	25	62	30	30	19	19	23	33	32	20	19	24	19	12	14	22	19	15	28	12	24	19	46	58	44	97	61	50
च	28	66	30	36	30	30	30	30	31	20	19	24	15	29	12	24	22	29	28	17	24	15	62	74	35	54	42	66
च	27	64	31	38	32	29	32	32	34	19	20	25	16	23	21	25	24	25	25	12	25	16	65	22	75	27	16	81
च	28	65	30	36	32	30	30	31	30	18	23	26	16	25	12	25	25	24	29	17	26	16	65	50	34	9	99	16
च	23	62	32	35	30	27	29	34	32	20	19	21	14	25	17	21	25	25	25	15	21	14	76	32	56	51	68	42
च	26	60	32	35	32	24	30	30	33	20	20	29	13	24	15	12	21	29	24	14	29	13	89	67	50	81	0	46
च	23	63	30	36	30	25	27	32	35	18	20	28	15	21	14	17	12	25	25	26	28	15	76	40	91	42	41	51
च	25	64	32	38	32	25	24	29	35	29	23	25	17	25	26	15	17	25	29	29	25	17	28	34	61	90	74	55
च	28	65	30	39	30	26	25	30	34	30	20	26	22	24	29	14	15	27	25	29	26	22	34	13	83	69	63	12
च	25	58	31	36	21	19	26	34	39	34	29	23	29	28	29	25	14	17	25	24	23	29	11	89	87	83	66	85
च	26	60	33	32	20	21	30	32	38	32	28	20	25	26	24	25	12	19	27	27	20	25	95	55	55	75	47	97
च	26	61	32	32	21	24	31	33	33	33	24	29	14	25	27	22	17	22	17	28	29	14	8	97	35	75	65	6
च	23	52	35	32	22	25	30	30	36	30	29	28	24	23	28	20	20	24	19	28	28	24	1	3	7	85	98	81
च	23	60	36	30	21	20	32	32	35	34	27	26	28	24	28	27	18	25	22	25	26	28	45	9	59	30	95	50

Додаток Г. Кореляційна матриця для групи жінок

	Інд екс агр есії	Інд екс вор ож ост і	фіз ичн а агр есія	неп ря ма агр есія	роздра туванн я	вер бал ьна агр есія	обр аза	під о зрілі сть	нега тиві зм	поч утг я про вин и	Трив ожні сть	Фру стра ція	Агр есивні сть	Риг ідн іст ь
ступінь погіршення самопочуття	-0,434	0,305	-0,173	0,295	-0,247	-0,343	0,203	-0,24	0,016	-0,371	0,104	0,086	-0,117	0,302
колебання інтенсивності скарг	0,187	-0,358	0,222	-0,202	0,129	0,006	-0,171	0,068	-0,12	-0,191	0,024	-0,148	-0,053	-0,032
розлади травлення	-0,045	-0,216	0,151	-0,246	0,333	0,208	-0,246	0,297	0,209	-0,25	-0,091	-0,288	0,063	-0,12
розлади ССД	-0,228	-0,279	-0,044	-0,086	-0,367	-0,164	-0,035	-0,328	0,269	-0,113	-0,021	0,124	0,037	0,006
порушення чуттєвості	-0,312	-0,036	-0,273	-0,321	-0,055	0,133	0,139	-0,179	0,007	0,055	-0,051	-0,049	-0,115	0,202
порушення моторики	-0,006	-0,335	-0,014	0,094	-0,22	-0,026	0,051	-0,242	0,016	0,212	-0,089	0,088	0,18	-0,172
психічне виснаження	0,149	0,007	0,178	0,005	-0,041	-0,025	0,033	0,023	0,223	0,26	-0,214	-0,119	-0,138	0,075
порушення сну	-0,382	0,075	0,05	-0,333	0,063	-0,045	-0,186	-0,116	-0,01	-0,445	-0,152	0,03	-0,068	-0,125
збудливість	-0,204	0,316	-0,169	0,207	-0,226	-0,277	0,095	-0,349	-0,067	-0,165	-0,05	0,15	-0,012	0,198
малоцінність	-0,183	-0,1	-0,121	-0,068	-0,254	-0,03	-0,264	0,04	-0,043	-0,066	-0,283	-0,048	0,27	0,187
занижена працездатність	0,039	0,228	-0,133	0,343	-0,228	-0,204	0,189	0,166	0,036	0,158	-0,482	0,237	-0,298	0,105
нав'язливі думки	-0,124	-0,096	0,107	-0,092	-0,381	0,06	0,213	-0,137	0,146	-0,085	-0,263	0,042	0,206	0,326
немотивований страх	-0,007	-0,058	0,151	-0,098	0,074	0,041	-0,196	0,408	-0,125	-0,237	-0,358	-0,232	0,04	0,07
фобічні розлади	-0,121	0,268	-0,21	0,162	0,16	-0,156	0,183	-0,062	0,085	0,071	0,174	0,145	0,091	-0,07
порушення соц. Контактів	-0,223	0,11	-0,224	-0,225	0,187	0,115	-0,103	-0,146	0,075	0,134	0,004	-0,018	0,064	-0,072
невпевненість	-0,333	-0,316	0,266	-0,214	0,029	0,039	-0,036	0,123	-0,003	-0,078	0,009	0,124	-0,058	-0,288
пасивність	0,057	0,188	-0,14	-0,07	0,086	0,088	0,164	-0,084	0,011	0,205	-0,031	-0,188	0,082	-0,094
афективна нестійкість	-0,183	0,121	-0,263	-0,024	0,164	-0,125	0,114	-0,007	-0,029	0,088	-0,165	0,226	0,207	-0,16

інтровертованість	-0,243	0,085	0,136	0,064	-0,224	-0,418	-0,169	-0,265	-0,048	-0,156	0,21	0,326	-0,355	-0,033
іпохондрія	-0,53	-0,1	-0,301	-0,052	-0,43	0,145	0,135	-0,107	0,018	0,071	-0,093	0,136	0,25	0,463
соц. неадаптивність	0,107	0,122	-0,064	0,107	0,179	0,024	-0,147	-0,321	0,108	0,118	0,335	-0,078	-0,285	0,154
зловживання курінням	0,367	0,031	-0,018	0,156	-0,03	-0,155	0,309	0,188	0,286	0,145	-0,184	-0,119	0,198	-0,117
зловживання ліками	-0,303	-0,051	0,129	-0,165	0,031	-0,069	-0,177	-0,194	-0,021	0,231	-0,065	0,302	-0,144	-0,003
зловживання алкоголем	0,356	0,221	0,201	0,135	0,112	-0,056	-0,074	0,211	0,008	0,027	-0,271	-0,225	0,257	-0,266
гіпоманіакальні прояви	0,302	0,103	0,264	-0,284	0,484	0,274	-0,294	0,208	-0,27	0,128	-0,188	-0,405	-0,121	-0,039
паранойальна налаштованість	-0,232	-0,255	0,137	-0,068	0,065	-0,141	0,037	0,075	-0,129	-0,336	0,24	-0,167	-0,055	-0,1
галюцинотарні порушення	-0,08	-0,247	-0,183	0,226	-0,126	0,042	0,143	-0,342	-0,2	-0,144	-0,046	0,06	-0,255	0,218

Додаток Д. Кореляційна матриця для групи чоловіків

	Інд екс агр есії	Інд екс вор ож ост і	фіз ичн а агр есія	неп рям а агр есія	роздра туванн я	вер бал ьна агр есія	обр аза	підо зрілі сть	нег ати візм	поч утг я про вин и	Трив ожні сть	Фру стра ція	Агрес ивніс ть	Риг ідн іст ь
ступінь погіршення самопочуття	-0,037	-0,077	0,030	-0,129	0,041	-0,006	0,180	-0,306	0,136	0,124	-0,236	-0,215	-0,039	0,355
колебання інтенсивності скарг	-0,020	-0,168	0,019	0,048	-0,214	-0,076	0,268	0,131	0,333	-0,111	-0,341	0,122	-0,101	0,098
розлади травлення	0,209	-0,284	-0,115	0,476	0,346	0,271	-0,159	0,207	-0,061	0,227	-0,191	-0,227	-0,252	-0,044
розлади ССД	0,053	-0,095	-0,384	0,182	0,239	0,150	-0,124	0,099	-0,323	0,264	-0,110	-0,341	0,081	-0,079
порушення чуттєвості	0,036	0,136	-0,227	-0,033	0,373	0,326	-0,026	0,003	0,180	-0,103	0,025	-0,443	-0,003	0,044
порушення моторики	-0,058	0,252	-0,079	-0,102	-0,095	0,344	-0,011	0,058	-0,142	-0,227	-0,068	-0,068	0,290	-0,032
психічне виснаження	0,091	0,126	0,433	0,117	-0,044	-0,218	0,228	0,267	0,088	-0,048	0,336	-0,021	-0,058	-0,057
порушення сну	0,278	0,054	-0,181	0,031	0,446	-0,057	-0,273	-0,114	0,223	0,168	-0,317	-0,128	-0,108	-0,074
збудливість	0,003	-0,051	-0,140	0,069	0,062	-0,074	0,243	-0,036	0,265	0,065	-0,122	0,212	-0,147	-0,276
малоцінність	0,141	-0,029	0,004	0,191	0,024	-0,048	0,051	0,198	-0,105	0,023	0,062	-0,042	-0,188	-0,134
занижена працездатність	-0,229	-0,266	0,058	0,098	-0,197	-0,041	0,298	0,004	-0,133	0,058	-0,256	0,267	0,005	0,147
нав'язливі думки	-0,027	-0,024	0,185	-0,183	-0,011	-0,421	0,011	0,070	0,245	0,080	-0,086	0,097	-0,298	0,134
немотивований страх	0,212	0,111	-0,159	0,517	0,358	0,336	-0,029	0,267	-0,028	0,021	0,035	-0,136	0,091	-0,544
фобічні розлади	0,061	-0,150	-0,151	0,213	0,101	-0,064	0,153	0,354	0,039	0,194	-0,133	0,065	-0,131	-0,288
порушення соц. Контактів	0,132	0,077	0,204	-0,046	-0,169	-0,052	-0,030	0,001	-0,273	0,046	0,124	0,121	0,003	-0,156
непевненість	-0,258	0,006	0,264	-0,110	-0,483	0,051	0,339	0,079	-0,043	-0,082	0,154	0,179	0,030	0,173
пасивність	-0,242	-0,209	0,004	0,027	-0,231	0,076	-0,464	0,118	-0,115	0,019	-0,097	-0,047	-0,264	0,183
афективна нестійкість	0,234	0,057	-0,174	-0,198	0,386	-0,163	0,063	-0,323	0,099	0,065	-0,133	-0,209	0,053	0,260
інтровертованість	0,106	-0,107	-0,075	0,017	0,268	0,010	-0,027	-0,331	0,002	0,039	-0,200	-0,019	0,003	-0,177
іпохондрія	-0,229	-0,266	0,058	0,098	-0,197	-0,041	0,298	0,004	-0,133	0,058	-0,256	0,267	0,005	0,147

соц. Неадаптивність	-0,027	-0,024	0,185	-0,183	-0,011	-0,421	0,011	0,070	0,245	0,080	-0,086	0,097	-0,298	0,134
зловживання курінням	0,015	0,196	0,031	-0,106	-0,014	0,235	-0,032	-0,303	0,223	-0,180	-0,405	-0,136	0,327	0,283
зловживання ліками	0,367	0,292	0,142	0,104	0,201	0,222	0,217	0,001	-0,030	-0,061	-0,039	-0,168	0,258	-0,063
зловживання алкоголем	-0,151	-0,337	0,286	0,149	0,049	-0,381	-0,164	-0,010	-0,268	0,390	-0,069	0,014	-0,210	0,055
гіпоманіакальні прояви	0,190	0,199	-0,325	0,123	0,144	-0,123	-0,203	-0,008	0,075	0,068	0,220	-0,162	-0,027	-0,263
паранойяльна налаштованість	0,192	0,306	-0,204	0,103	-0,006	0,070	0,144	0,021	-0,162	0,222	0,382	-0,001	0,140	-0,438
галюцинотарні порушення	-0,035	-0,157	-0,059	0,436	-0,101	-0,029	0,002	0,273	-0,072	0,288	-0,100	-0,310	0,380	-0,339