ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Факультет фармації, психології та менеджменту

Кафедра психології

Кваліфікаційна робота магістра
на тему:

«ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ОСОБИСТОСТІ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ»

Виконала: здобувач 2 року навчання
групи ПЗ-2404
другого (магістерського) рівня освіти
спеціальності 053 «Психологія»
Бень Дар’я Олегівна

Науковий керівник:
Корнієнко О.В. кандидат психологічних наук, доцент

Рецензент:
Клименко І. С. доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психології ТОВ "Зіґмунд Фройд Університет Україна"

Київ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП....3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ СТРУКТУРИ ОСОБИСТОСТІ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ....6
1.1 Теоретичні підходи до вивчення структури особистості....6
1.2. Поняття психосоматики в сучасній психології....19
1.3. Причини виникнення та прояви психосоматичних розладів....25
Висновки до першого розділу....29
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ ОСОБИСТОСТІ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ....30
2.1. Методи та організація емпіричного дослідження....30
2.2. Результати емпіричного дослідження....33
Висновки до другого розділу....44
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ОСОБИСТІСНИХ СТРУКТУР, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ВИНИКНЕННЯМ ТА ПРОЯВОМ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ....47
3.1. Теоретико-методологічні засади психологічної корекції особистісних структур....47
3.2. Зміст та структура психологічної програми корекції особистісних структур та подолання психосоматичних розладів за допомогою арт-терапії....52
3.3. Психологічні рекомендації особам з психосоматичними розладами....62
Висновки до третього розділу....66
ВИСНОВКИ....68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ....70
ДОДАТКИ....77

ВСТУП

Актуальність та постановка проблеми. У сучасному суспільстві спостерігається стійке зростання кількості психосоматичних розладів, що зумовлює підвищений інтерес до проблеми взаємозв'язку психічних і соматичних процесів. Стресові впливи, хронічна тривожність, інформаційне перевантаження, емоційне виснаження, соціальна нестабільність — усі ці фактори створюють сприятливий ґрунт для формування соматичних проявів психічної напруги. Згідно з даними ВООЗ, до 50% пацієнтів із соматичними скаргами мають психоемоційні причини їх виникнення, що свідчить про нагальну потребу у глибшому психологічному осмисленні природи психосоматичних явищ [49].

Науковий інтерес до цього феномена підтримується дослідженнями у сфері психодинамічного (Ф. Александер [52], Ф. Дойч [57], Ф. Данбар [63]), когнітивно-поведінкового (Д. Мекінбаум [67], А. Бек [55]), екзистенційного (В. Франкл [62], І. Ялом [59]) та нейропсихологічного напрямів. Проте, попри значну кількість теоретичних розробок, залишається недостатньо вивченим питання внутрішньої структури особистості осіб із психосоматичними розладами — зокрема, взаємозв'язок між афективною сферою, рівнем алекситимії, рисами характеру та стресовою реактивністю.

Важливою є також розробка психологічних засобів корекції дисфункцій особистісної структури, що лежать в основі психосоматичних розладів. Сучасні психотерапевтичні підходи — такі як арт-терапія, тілесно-орієнтована терапія, когнітивно-поведінкова терапія — демонструють ефективність у гармонізації емоційно-тілесної взаємодії, однак потребують подальшого наукового обґрунтування та адаптації до індивідуально-психологічних особливостей клієнтів.

Таким чином, дослідження психологічних особливостей структури особистості з психосоматичними розладами має не лише теоретичне, але й прикладне значення, оскільки сприяє вдосконаленню психодіагностичних і психотерапевтичних практик, спрямованих на відновлення психосоматичної гармонії особистості.

Об’єкт дослідження – психологічні особливості особистості з психосоматичними розладами.

Предмет дослідження – структура особистості осіб із психосоматичними розладами та її психологічні характеристики.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити структуру особистості осіб із психосоматичними розладами та її психологічні особливості.

Відповідно до мети нами було поставлено такі **завдання дослідження**:

1. Теоретично проаналізувати наукові підходи до вивчення структури особистості та природи психосоматичних розладів у вітчизняній і зарубіжній літературі.
2. Окреслити психологічні особливості особистості осіб із психосоматичними розладами на основі аналізу наукових джерел.
3. Емпірично дослідити зв’язок між структурою особистості та розвитком психосоматичних розладів.
4. Розробити психологічну програму корекції особистісних особливостей, пов’язаних із психосоматичними розладами, із застосуванням методів арт-терапії.

Для розв'язання завдань дослідження були застосовані наступні **методи**:

- теоретичні - аналіз, синтез, систематизація, узагальнення та порівняння наукових джерел;
- емпіричні - психодіагностичні методики (анкета для виявлення психосоматичних розладів (для дорослих), Торонтська шкала алекситимії (TAS-20), особистісний опитувальник Айзенка EPI);
- математико-статистичної обробки даних з метою кількісного аналізу отриманих результатів, виявлення взаємозв’язків між досліджуваними показниками та перевірки достовірності емпіричних даних.

База дослідження: емпіричне дослідження мало пілотний характер і проводилося у форматі анонімного онлайн-опитування. У дослідженні взяли участь 34 дорослі особи, серед яких переважали жінки (82%), середній вік респондентів

становив 33 роки. Формування вибірки здійснювалося методом «снігової кулі» серед осіб, які добровільно надали інформовану згоду на участь у дослідженні. За результатами скринінгу вибірка репрезентує 30 осіб із проявами психосоматичних розладів, що відповідає меті дослідження. Вибірка є відносно гомогенною за статтю та місцем проживання, водночас різноманітною за віком, професійною діяльністю та сімейним статусом, що дозволяє розглядати психологічні особливості структури особистості в межах біопсихосоціального підходу.

Теоретичне значення магістерського дослідження полягає у тому, що, воно розширює наукові уявлення про структуру особистості осіб із психосоматичними розладами та механізми взаємодії психічних і соматичних процесів.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони можуть бути використані в психодіагностичній, психокорекційній та консультативній діяльності психологів, психотерапевтів і медичних працівників.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження було представлено в збірнику тез Всеукраїнської науково-практичної конференції «Клінічна та вікова психологія в епоху лімінальних змін» 29.01.2026 року. Організатором конференції є ПВНЗ «Київський медичний університет». Тема тез: «Психологічні особливості структури особистості з психосоматичними розладами».

Структура роботи. Магістерська робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, додатків.

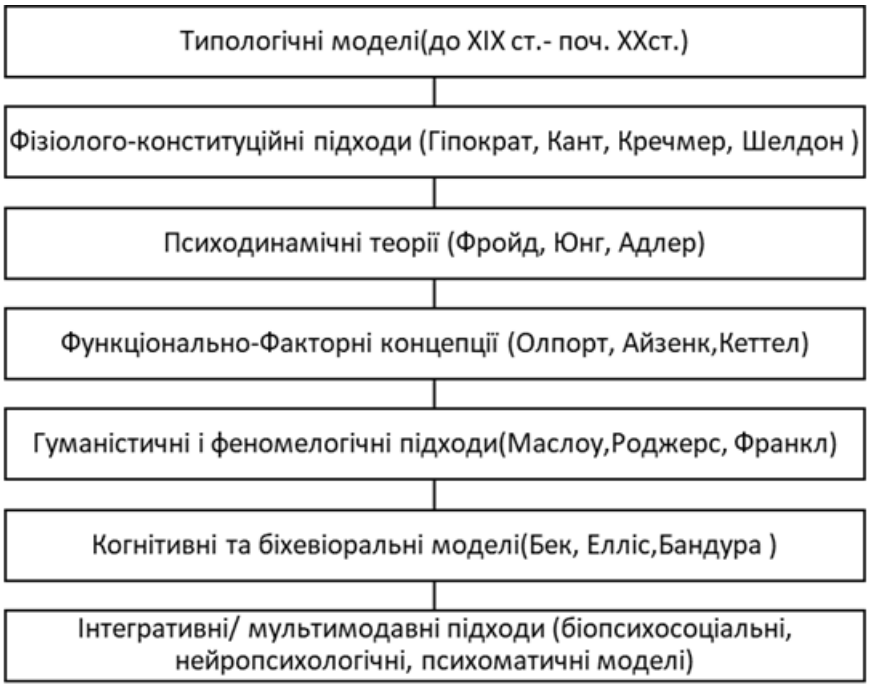
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ СТРУКТУРИ ОСОБИСТОСТІ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

1.1 Теоретичні підходи до вивчення структури особистості

Аналіз уявлень про структуру особистості передбачає системну реконструкцію концептів, розроблених у межах провідних психологічних шкіл, кожна з яких визначає унікальні критерії побудови, функціонування та дезінтеграції особистісної організації. Еволюція поняття «структура особистості» відображає перехід від типологічних моделей (Гіппократ, Кант, Кречмер) до функціонально-динамічних (Фройд, Юнг, Олпорт, Айзенк), а згодом до конструктивістських і інтегративних концепцій. Якщо ранні моделі фокусувалися на описі сталих властивостей або конституціональних типів, то сучасна парадигма розглядає структуру як процесуальну організацію, що постійно змінюється у відповідь на зовнішні та внутрішні виклики [55]. Поняття структури постає не лише як формальна схема компонентів, а як результат динамічного взаємозв'язку психічних утворень, що визначають сталість або нестабільність поведінкових, емоційних і когнітивних реакцій.

Змістовне розуміння категорії «структура особистості» неможливе без реконструкції історико-наукової динаміки її формування. Різні етапи розвитку психологічної науки висували власні критерії структурної організації індивіда, від соматичних типологій до багаторівневих інтегративних моделей. При цьому кожен новий підхід не лише заперечував попередній, а й зберігав окремі методологічні припущення, трансформуючи їх відповідно до нового рівня наукового знання. У межах сучасного наукового дискурсу поняття структури особистості набула динамічного, процесуального й контекстуального змісту. Для ілюстрації цієї еволюції доцільно окреслити основні парадигмальні етапи розвитку відповідних моделей (табл. 1.1).

Таблиця 1.1. **Основні моделі структури особистості в історико-психологічному контексті**



У класичному психодинамічному підході структура особистості розглядається через відношення між трьома функціональними рівнями: потягами, регулятивними механізмами та соціально опосередкованими нормами.

Засновником психодинамічної концепції є Зигмунд Фройд, який розробив модель психіки, побудовану на взаємодії трьох інстанцій: Ід, Его та Супер-Его. Ід уособлює несвідомі потяги, первинні імпульси й енергетичні джерела поведінки. Его виступає посередником між внутрішніми бажаннями та зовнішньою реальністю, забезпечуючи адаптацію через раціональні механізми. Супер-Его вбирає моральні норми й соціальні стандарти, які регулюють діяльність особистості, часто у формі внутрішнього контролю або почуття провини [30]. Пізніше ідеї Фройда були розвинуті його послідовниками: Анною Фройд, яка систематизувала захисні механізми Его; Мелані Кляйн, яка наголошувала на ранніх об’єктних відносинах; Еріхом Еріксоном, який підкреслив стадіальність розвитку особистості впродовж усього життя.

Сильна сторона психодинамічного підходу полягає у глибокому аналізі несвідомих процесів і поясненні того, як внутрішні конфлікти можуть проявлятися у

поведінці чи соматичних симптомах. Зокрема, витіснення, проєкція або сублімація виступають механізмами, які водночас захищають особистість і можуть призводити до її внутрішньої дезорганізації. Цей підхід допомагає зрозуміти зв'язок між психічними конфліктами та соматизацією, тобто виникненням тілесних симптомів без органічної основи. Однак його обмеження очевидні: значна частина побудов ґрунтується на клінічних спостереженнях і символічних інтерпретаціях, що ускладнює емпіричну перевірку. Крім того, надмірна увага до несвідомого може відводити дослідження від соціальних, культурних і когнітивних чинників, що формують структуру особистості. Попри це, психодинамічна парадигма залишається впливовою у сучасній психології та заклала основу для подальших інтегративних моделей [41].

Карл Густав Юнг створив альтернативну психоаналізу модель, у центрі якої колективне несвідоме з архетипами. Структура особистості визначається Его, Самістю, Тінню, Анімою чи Анімусом. Особистісний розвиток, на думку Юнга, відбувається через процес індивідуації інтеграцію протилежних архетипних змістів. Сильна сторона цього підходу полягає у введенні символічної мови для опису психічних процесів і врахуванні культурного виміру особистості. Водночас слабким місцем залишається методологічна спекулятивність і відсутність експериментальної бази, що обмежує використання підходу в емпіричних дослідженнях [34].

Архетипи виконують функцію структурних матриць несвідомого й визначають модуси реагування, трансформацію досвіду та межі інтеграції протилежних змістів. Порушення процесу індивідуації, зумовлене неможливістю інтеграції архетипних фігур, призводить до регресу, що часто знаходить своє відображення на соматичному рівні у вигляді тілесно зафіксованих симптомів.

Гуманістична психологія, представлена К. Роджерсом і А. Маслоу, розглядає структуру особистості через поняття Я-концепції та ієрархії потреб. Роджерс наголошує на узгодженості між реальним і ідеальним Я, тоді як Маслоу підкреслює прагнення до самоактуалізації як вершину розвитку. Цей підхід добре пояснює унікальність суб'єкта, його прагнення до зростання, позитивні ресурси й здатність

до саморозвитку. Проте він залишає поза увагою несвідомі механізми, захисні процеси та соціокультурні обмеження, що може створювати надмірно оптимістичну модель людини [58].

Основні представники А. Бек, А. Елліс, а також прихильники поведінкової традиції (Б. Скіннер) розглядали структуру особистості через когнітивні схеми, установки, автоматичні думки, що впливають на поведінку та емоційні реакції. Перевага цього підходу полягає у його емпіричній достовірності, розроблених методах діагностики й терапії. Він ефективно пояснює формування тривожних і депресивних станів через дисфункціональні переконання. Недоліком є ризик редукціонізму: внутрішня складність психічних процесів може зводитися лише до поведінкових патернів і когнітивних спотворень, без врахування глибинних несвідомих мотивів.

У межах екзистенційної парадигми структура особистості не постає як статичне утворення, а розглядається як процес балансування між полюсами буття: автономією і залежністю, сенсом і абсурдом, смертю і самозбереженням. І. Ялом і В. Франкл підкреслюють, що непрожитий екзистенційний досвід здатен інтеріоризуватись у вигляді соматичного симптомокомплексу, особливо у тих випадках, коли вербалізація екзистенційної кризи блокується або девальвується соціальним оточенням [55].

Цей підхід, розроблений В. Франклом, І. Яломом, Р. Меєм виходить із ідеї, що структура особистості визначається пошуком сенсу та балансу між полюсами буття: автономією й залежністю, сенсом і абсурдом, життям і смертю. Людина постає як істота, здатна до вибору й відповідальності, але водночас вразлива до екзистенційної тривоги. Перевагою екзистенційного підходу є глибина смислового аналізу та цілісне бачення особистості як суб'єкта, що шукає сенс. Обмеженням є нечіткість методології й відсутність стандартизованих інструментів для перевірки гіпотез, що ускладнює його наукову операціоналізацію.

Поступово дослідження структури особистості почало розвиватися у працях Р. Кеттелла, Г. Айзенка та пізніше у моделі «Великої п'ятірки» (розробленої

американськими психологами Р. Маккраї та П. Коста) [42]. Особистість розглядається як сукупність стабільних рис, які можна верифікувати статистично. Кеттелл виділив 16 факторів, Айзенк три базові виміри (екстраверсія, нейротизм, психотизм), а модель «Великої п'ятірки» в подальшому удосконалилася і в остаточному вигляді представлена тестом NEO PI (англ. «нейротизм, екстраверсія, відкритість досвіду, співробітництво, сумлінність»). Перевага підходу полягає у кількісній точності, можливості типологізувати індивідуальні відмінності й застосовувати інструменти опитувальників. Цей напрям сформував надійну емпіричну базу для порівняння різних груп та прогнозування окремих аспектів поведінки й психічного функціонування. Крім того, рисові моделі є зручними для дослідження зв'язків між індивідуальними характеристиками та показниками здоров'я, зокрема стресостійкістю, емоційною регуляцією та схильністю до соматизації. Однак у таких дослідженнях нерідко виникає ризик редукції складних психосоматичних феноменів до набору вимірюваних показників, без врахування внутрішніх конфліктів, життєвого досвіду та актуальної ситуації. Водночас він практично не враховує динамічні й контекстуальні процеси, що обмежує його пояснювальну силу у випадках психосоматичних взаємозв'язків [23].

Виходячи з цього, стає можливим умовне виділення типів особистісної структури за критерієм інтегрованості та функціональної адаптації. Кожен із цих типів корелює з певною стратегією емоційної обробки та ступенем ризику соматичної реалізації конфліктного матеріалу.

Порівняння типів особистісної структури показує різні шляхи реагування на внутрішній конфлікт. Ригідна структура забезпечує високий рівень контролю, проте блокує афекти й тим самим підвищує ризик соматизації. Дифузна відзначається фрагментарністю й нестабільністю, що провокує регресивні тілесні реакції. Натомість конгруентна модель демонструє гнучкість і здатність до інтеграції досвіду, знижуючи ймовірність соматичних симптомів. Це дозволяє розглядати гнучкість і рефлексивність як захисні фактори проти тілесного втілення конфлікту.

На перетині дискусій про типологію особистісної структури та механізми соматичної реактивності постає феномен алекситимії, що розвинувся на основі ідей психосоматичної специфічності Ф. Александера. Термін «алекситимія» (від грец. *a* — відсутність, *lexis* — слово, *thymos* — емоція, почуття) був запропонований П. Сіфнеосом у 1973. Алекситимія буквально означає «без слів для почуттів» (або в близькому перекладі — «немає слів для назви почуттів») [50]. Під цим терміном розуміють психологічну характеристику, пов'язану з труднощами у розпізнаванні, диференціації та вербалізації власних емоційних станів. Алекситимія не зводиться до індивідуальної особливості, а функціонує як маркер глибшого порушення інтеграції між афективною, когнітивною та тілесною сферами. Його системна присутність у клінічних описах психосоматичних розладів свідчить про дефіцит інтраперсональної рефлексії, що унеможливлює символічну репрезентацію емоційного збудження в межах стабільної особистісної організації [2].

У контексті клінічної практики алекситимія систематично фігурує як фактор ризику при розладах функціонального спектру, зокрема при синдромі подразненого кишківника, хронічному больовому синдромі, бронхіальній астмі та первинній гіпертензії. Структурний аналіз зазначених станів у дослідженнях Сіфнеос, Тейлор засвідчує не лише емпіричний зв’язок, а й внутрішню логіку соматизації як наслідку порушеної афективної модуляції [69].

Таким чином, алекситимія не є ізольованим феноменом, а становить структурну ознаку порушеного функціонування особистості в її зв’язках із тілесною сферою, що дозволяє віднести її до ключових змінних у моделюванні психосоматичних сценаріїв дезінтеграції.

Тип поведінки D (від англ. distress) посідає особливе місце у сучасних теоретичних підходах до вивчення структури особистості. Він характеризується поєднанням двох ключових компонентів — негативної емоційності (переживання тривоги, дратівливості, песимізму та внутрішнього напруження) та соціальної інгібіції (уникнення соціальних контактів, труднощі у вираженні власних емоцій, стриманість у взаємодії з іншими). У психологічному плані тип D асоціюється з

високим рівнем нейротизму та низьким рівнем екстраверсії, що свідчить про тісний зв'язок цього конструкту з базовими особистісними рисами [5]. Водночас відзначено, що люди з цим типом особистості частіше повідомляють про соматичні скарги (за дослідженнями Йохана Денолле від 21 до 53 відсотків пацієнтів з серцевою недостатністю становлять тип D), емоційний дистрес, мають труднощі з професійною діяльністю та відновленням працездатності.

Міждисциплінарні підходи до структури особистості, зокрема в межах біопсихосоціальної моделі (Джордж Енгель), передбачають взаємозв’язок нейрофізіологічних процесів, психічних структур та соціального контексту. Відповідно, психосоматичні розлади інтерпретуються як наслідок порушення взаємодії між когнітивною інтеграцією, афективною регуляцією та тілесною реактивністю. В умовах функціональної дезорганізації особистості цей зв'язок порушується, що активує компенсаторні, зокрема соматичні, механізми зниження напруги [39].

Сучасні дослідження (Дж. Енгель біопсихосоціальна модель, П. Фонагі менталізація, А. Дамасіо соматичні маркери, Я. Панксепп афективні системи) розглядають особистість як багаторівневу систему. Тут поєднуються нейрофізіологічні, когнітивні, афективні та соціальні чинники. Сильною стороною є міждисциплінарність і здатність пояснити складні взаємозв’язки між психікою і тілом [37]. Недоліком є ризик теоретичної еклектики та складність систематизації через надмірне поєднання різнорідних концепцій. Водночас саме інтегративні моделі наближають нас до сучасного цілісного розуміння структури особистості.

Важливим аналітичним завданням при розгляді теоретичних підходів є не лише їх опис, а й виявлення методологічної несумісності між ними. Незважаючи на численні спроби створення уніфікованих або інтегративних моделей структури особистості, між окремими теоріями зберігаються глибинні епістемологічні та логіко-понятійні розбіжності. Зокрема, психодинамічні концепції оперують ідеями несвідомих конфліктів, внутрішньо суперечливих енергетичних систем і символічних трансформацій, тоді як когнітивно-біхевіоральні моделі базуються на

зовнішньо спостережуваних патернах поведінки, автоматичних думках і навчальних схемах.

Методологічна площина тут істотно відрізняється: психоаналітична парадигма функціонує в умовно герменевтичному вимірі, передбачаючи інтерпретацію символічного змісту, тоді як когнітивна, верифікує гіпотези через операціоналізацію змінних та емпіричні дослідження. Це унеможливлює пряме порівняння моделей без урахування рівня теоретичної абстракції, предметної визначеності та цільового дослідницького завдання. Така методологічна гетерогенність вимагає обережності в узагальненнях і чіткої позиції щодо вибору аналітичної рамки дослідження.

Враховуючи концептуальну розмаїтість теоретичних моделей, важливо не лише окреслити їх зміст, а й проаналізувати потенціал і межі кожного підходу з точки зору дослідницької та клінічної застосовності. Одні моделі демонструють високу пояснювальну силу щодо внутрішньої динаміки особистості, але залишаються малопридатними для емпіричної перевірки. Інші, навпаки, забезпечують статистичну надійність та операціоналізацію змінних, проте майже не враховують суб’єктивного чи культурного виміру. У межах психосоматичного дискурсу це особливо актуально, оскільки різні теорії по-різному репрезентують взаємозв’язок між афективною регуляцією, тілесною реактивністю та структурною організацією особистості. Одні акцентують на несвідомих конфліктах і витісненні, інші на когнітивних схемах або смислових конструкторів, треті на нейрофізіологічних механізмах. Це свідчить про те, що жодна окрема модель не може вичерпно описати складний процес дезінтеграції особистості, і виникає потреба у пошуку інтегративних рішень, які поєднували б різні рівні аналізу від тілесного до екзистенційного.

Критичне порівняння дозволяє виявити сильні методологічні сторони кожної парадигми, а також її обмеження, які можуть перешкоджати цілісному аналізу особистісної дезорганізації при психосоматичних розладах. Зокрема, воно дає змогу оцінити глибину теоретичної розробки, ступінь емпіричної верифікації, застосовність у клінічній практиці та відповідність сучасним уявленням про

мультифакторну природу психосоматичних порушень. Такий підхід сприяє формуванню обґрунтованої аналітичної позиції дослідника і мінімізує ризики однобічної інтерпретації складних психофізіологічних явищ. Узагальнену характеристику наведено у Таблиці 1.2.

Таблиця 1.2. **Типи особистісної структури у зв'язку з психосоматичними механізмами реагування**

Тип особистісної структури	**Домінуюча характеристика**	**Психосоматичний ризик-механізм**
Ригідна (структурована, захисна)	Надконтроль, пригнічення афекту	Соматизація як наслідок хронічного блокування емоційної експресії
Дифузна (нестабільна, імпульсивна)	Фрагментованість «Я», афективна нестійкість	Регресивна тілесна розрядка при дефіциті символічної обробки конфліктного досвіду
Конгруентна (гнучка, інтегрована)	Емоційна рефлексія, адаптивна когнітивна структура	Високий рівень внутрішньої інтеграції, низька ймовірність психосоматичних реакцій

Зіставлення різних підходів показує, що кожен із них має як аналітичну продуктивність, так і методологічні слабкості. Психодинамічні концепції відкривають глибинний рівень конфліктів, проте залишаються недостатньо верифікованими. Аналітична психологія Юнга створює багату символічну модель, але не підкріплюється емпіричними доказами. Гуманістична традиція підкреслює унікальність суб'єкта, однак грішить абстрактністю. Когнітивно-біхевіоральний підхід надає емпіричну достовірність і терапевтичну ефективність, проте ризикує редукціонізмом. Екзистенційні моделі дають глибину смислових пошуків, але

страждають від нечіткості методології. Факторно-аналітичні підходи забезпечують кількісну точність, однак ігнорують динамічність процесів. Тому найбільш перспективними виглядають інтегративні концепції, які поєднують переваги різних напрямів, хоча й залишаються складними для систематизації (табл. 1.3).

Таблиця 1.3. **Теоретичні підходи до структури особистості: сильні сторони та методологічні обмеження**

Теоретичний підхід	**Методологічна перевага**	**Ключове обмеження**
Психодинамічний	Глибинна інтерпретація конфліктів, механізмів захисту	Відсутність емпіричної верифікації, складність операціоналізації
Аналітичний (К. Юнг)	Символічна модель структури, врахування колективного несвідомого	Методологічна спекулятивність, обмежена експериментальна база
Гуманістичний	Орієнтація на самоактуалізацію, суб’єктність	Висока абстрактність, слабка формалізація
Когнітивно-біхевіоральний	Емпірична достовірність, терапевтична ефективність	Ризик редукціонізму, ігнорування глибинних мотивів
Екзистенційний	Смислова глибина, цілісне бачення людини	Методологічна нечіткість, відсутність стандартизованого інструментарію
Факторно-аналітичний	Кількісна точність, можливість типологізації	Поверховість опису, відсутність аналізу динамічних процесів

Інтегративний	Багаторівнева цілісність, міждисциплінарна гнучкість	Ризик теоретичної еклектики, складність систематизації

Незважаючи на методологічну різнорідність, усі розглянуті підходи мають спільну вихідну позицію: симптом, у тому числі соматичний, є результатом внутрішньої дисгармонії у межах особистісної структури. У психодинамічних моделях він трактується як заміщення витісненого змісту; у когнітивних як наслідок хибної переробки інформації, в екзистенційних як провал осмислення. Відповідно, поняття структури постає не як описова категорія, а як детермінанта форм вираження, адаптації або дезадаптації суб'єкта.

Вивчення дезінтегративних процесів у структурі особистості дозволяє виокремити кілька типових сценаріїв її порушення. Першим із них є фрагментація структури, що супроводжується розпадом цілісного «Я» на неузгоджені емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти. Такий тип характерний для осіб із нестабільною самоідентичністю, підвищеною тривожністю й емоційною дезорганізацією, де тіло часто виступає як замісний носій несинтезованих афектів.

Інший тип, ригідна фіксація структури, коли особистість демонструє надмірний контроль, блокування імпульсів і негнучку систему переконань. У такому випадку дезінтеграція настає не шляхом розпаду, а через структурне «закорковування», яке перешкоджає оновленню психічного матеріалу, що накопичується у вигляді соматичних симптомів. Третім варіантом дезорганізації є афективне випадання, при якому критичні емоційні події не інтегруються у систему значень і функціонально виводяться за межі психічного опрацювання, що спричиняє тілесну репрезентацію як єдино доступну форму вираження.

У сучасній посткласичній парадигмі значно зростає інтерес до нейропсихологічних, тілесно-центричних та інтеракціоністських моделей структури особистості. Зокрема, теорії втіленого пізнання (embodied cognition) висувають припущення, що тілесний досвід є не зовнішнім щодо психіки, а визначальним у побудові суб’єктивного смислу [38]. Це означає, що структура особистості

формується через інтеграцію перцептивних, моторних і афективних патернів, які безпосередньо залежать від тілесної взаємодії з середовищем.

У цьому ж напрямі функціонують нейропсихологічні моделі Я. Панксеппа та А. Дамасіо. Панксепп запропонував концепцію первинних афективних систем, до яких належать SEEKING (пошук), FEAR (страх), PANIC/GRIEF (паніка/горе) та інші базові емоційні програми [37]. Вони вбудовані у нервову систему й визначають фундаментальні реакції організму на середовище. На цій основі формується початковий каркас особистісної структури, адже саме ці емоційні системи задають напрямок когнітивного розвитку й поведінкових стратегій. Дамасіо, у свою чергу, розробив концепцію соматичних маркерів, згідно з якою тіло слугує головним посередником між емоціями та рішеннями. Він вважав, що тілесні сигнали прискорене серцебиття, напруження м’язів, відчуття дискомфорту чи полегшення формують базу для свідомих і несвідомих виборів, тим самим інтегруючи афективний досвід у структуру особистості.

У їхньому розумінні структура особистості постає не як абстрактна система рис, а як динамічна мікросистема, у якій афективні імпульси задають вихідну організацію когнітивних процесів і моделей поведінки. Це пояснює, чому тілесний досвід та емоційна регуляція відіграють вирішальну роль у формуванні стійких особистісних конфігурацій. Водночас обмеженням цих моделей є те, що вони схильні редукувати складність особистості до нейрофізіологічних механізмів, залишаючи поза увагою соціокультурний контекст і символічні виміри психіки. Саме тому найбільш продуктивним напрямом стає поєднання нейропсихологічних підходів із інтегративними моделями, які враховують тілесний, когнітивний та соціальний рівні функціонування. Особливе місце займає модель менталізації (Пітер Фонаґі), яка трактує структуру як здатність індивіда інтерпретувати власні й чужі ментальні стани. Недостатній розвиток цієї здатності корелює з порушенням інтеграції афективного досвіду та, відповідно, зі схильністю до психосоматичних розладів, оскільки тіло в такому випадку стає носієм неусвідомлюваних емоційних змістів. Таким чином, соматичний симптом у сучасних концепціях розглядається не

як вторинне порушення, а як інтегральна ознака структурного розладу особистості на межі між тілесним, афективним і смисловим рівня [22].

Отже, аналіз теоретичних підходів до вивчення структури особистості показує, що вона є багатовимірним та динамічним утворенням. Від класичних типологій і психоаналітичних концепцій до сучасних факторних та інтегративних моделей простежується поступовий перехід від статичного розуміння до системного бачення особистості як цілісності. Кожна з наукових парадигм зробила вагомий внесок психодинамічні школи акцентували на несвідомому, гуманістичні — на унікальності та самореалізації, когнітивні — на мисленнєвих процесах, а факторні підходи забезпечили кількісне вимірювання особистісних рис.

У контексті психосоматичних досліджень структура особистості постає як поєднання емоційних, когнітивних і поведінкових компонентів, що взаємодіють із соматичними процесами. Це підкреслює необхідність інтегративного підходу, здатного поєднати різні рівні пояснення — від біологічного до психологічного й соціокультурного. Такий підхід дозволяє глибше зрозуміти механізми формування дезадаптивних проявів та їхній зв’язок із виникненням психосоматичних розладів.

1.2. Поняття психосоматики в сучасній психології

Серед великої кількості людських захворювань умовно виокремлюють дві основні на перший погляд відносно незалежні групи:

1. Психічні захворювання — психогенно (внаслідок психотравм) або ендогенно (переважно спадково) обумовлені розлади психіки, що порушують поведінку і адаптацію.

2. Соматичні захворювання — патологія органічного характеру, в якій етіопатогенетична роль психічних факторів відсутня.

У сучасній науковій парадигмі соматичні та психічні процеси розглядаються як нерозривні складові єдиного організму. Поділ захворювань на психосоматичні (коли психологічні фактори впливають на тіло) і соматопсихічні (коли тілесні проблеми викликають психічні розлади) має радше умовний характер і не відображає всієї багатофакторності клінічних проявів. У більшості випадків

захворювання супроводжуються поєднанням психоемоційних і соматичних порушень, що формує окремий феномен соматопсихічного компоненту свідомості, у межах якого виникає порочне коло, де психічна патологія та соматичні симптоми взаємно підсилюють одне одного.

Пацієнтів з подібною симптоматикою іноді називають Homo psychosomaticus, підкреслюючи, що взаємодія психіки та соми здатна суттєво трансформувати звичний спосіб життя, руйнуючи основи психосоціальної адаптації.

Еволюція наукових поглядів зумовлює існування різних трактувань поняття «психосоматика». У вкрай вузьких рамках термін застосовується переважно до «класичних психосоматозів» (артеріальна гіпертензія, виразкова хвороба, бронхіальна астма тощо), що виникають на основі психотравмувальних впливів і з часом призводять до органічних уражень [19]. Така інтерпретація є зручною в аспекті діагностичної роботи практикуючого клінічного психолога, але створює проблеми методичного характеру, адже з поля психосоматики випадають зокрема соматизовані депресії, соматоформні та конверсійні розлади, що не супроводжуються органічними змінами органів та систем [24].

У ширшому значенні психосоматичними вважають стани, в етіопатогенезі яких провідну роль відіграють психогенні чинники. Їх характерними ознаками є:

- функціональний, а не структурний характер (хоча структурні зміни у подальшому не виключаються);
- диспропорція між силою провокуючого чинника та реакцією організму;
- явна невідповідність скарг, поведінки пацієнта та даних об’єктивних обстежень;
- відсутність ефекту етіотропної терапії, проте висока ефективність психотерапії та психофармакологічних впливів [19].

Проте навіть таке звуження діагностичного діапазону у деяких випадках не позбавляє труднощів класифікації, зокрема щодо визначення ролі і ваги стресу у формуванні психосоматичної патології.

Водночас у низці випадків виникають труднощі з класифікацією «умовно психосоматичних» захворювань, коли психологічні та поведінкові фактори трансформують неспецифічні реакції організму. Прикладом може слугувати атопічний дерматит, який може загострюватись під впливом психосоціальних стресових впливів, але вони через неспецифічні механізми нейрогуморальної регуляції лише погіршують перебіг генетично обумовленого захворювання.

У найбільш загальному визначенні психосоматика охоплює весь спектр станів, що виникають на основі взаємодії психічних і соматичних чинників, термінологічно все ж підкреслюючи головуючу роль психіки у складних стосунках духовного і тілесного.

Психосоматика (від грец. psyche — душа і soma — тіло) — напрямок медичної (клінічної) психології та практичної медицини, що вивчає взаємовплив психологічних та соматичних факторів на виникнення і перебіг захворювань [12].

Таке визначення включає як соматичні захворювання, викликані психічним стресом (хвороби адаптації), так і соматогенні розлади, для яких первинним фактором є соматичне страждання, а психічна патологія розвивається вторинно. Сюди також належать так звані масковані стани, що характеризуються соматичними проявами на тлі базової ендогенної психічної патології [34].

Важливим етапом розвитку психосоматичної теорії стала гіпотеза психосоматичної соматичності, висунута Ф. Александером. Вчений припустив, що за кожним психосоматичним захворюванням стоїть певний тип несвідомого внутрішнього конфлікту. Його концепція спирається на три основні положення:

1. Психологічний конфлікт поєднується з фізіологічними й біохімічними механізмами, що врешті призводять до хвороби.

2. Несвідомий конфлікт активізується під впливом значущих життєвих подій.

3. Негативні емоції, які супроводжують внутрішньоособистісну напругу, виражаються у фізіологічних реакціях, що з часом переходять у соматичну патологію [52].

Послідовники Александера виявили подібні закономірності у розвитку патології дихальної, серцево-судинної, ендокринної систем, а також шкіри та опорно-рухового апарату. Таким чином, психосоматичний підхід розкрив нові можливості для розуміння механізмів хвороби — не лише як фізіологічного процесу, а й як відображення глибинних психологічних конфліктів і переживань.

У сучасній клінічній психології психосоматичні розлади розглядаються саме у цьому широкому контексті — як органічні ураження, у виникненні яких істотну роль відіграють психологічні та поведінкові чинники. Психічні порушення при цьому мають, як правило, тривалий, але помірно виражений характер (наприклад, хронічний емоційний стрес, тривожність, внутрішні конфлікти, почуття безпорадності чи провини).

Психосоматичні розлади зустрічаються у 15-50% випадків. За інформацією ВООЗ, майже 50 % ліжок терапевтичного профілю займають пацієнти з такими хворобами. Водночас соматичні порушення суттєво впливають на психічний стан людини. Так, за свідченнями О. Напрієнко, у приблизно 70% пацієнтів з соматичною патологією фіксують психічні розлади різного ступеня вираженості [49].

Класифікаційно виділяють кілька основних груп:

І. Психічні розлади, зумовлені соматичною патологією:

а) соматогенії (наслідки органічних уражень, метаболічних порушень та інтоксикацій центральної нервової системи — судинні захворювання головного мозку, опіки, інфекції тощо (за МКХ-10: F00 - F09);

б) нозогенії (реакції особистості на факт тяжкого соматичного захворювання — розлади адаптації, невротичні тривожно-депресивні, дисоціативні розлади, афективні порушення (за МКХ-10: F32-, F41-, F43-, F44).

ІІ. Соматичні розлади психогенного походження до яких відносять:

а) психосоматичні реакції (тимчасові прояви — короткочасне серцебиття у закоханого або відсутність апетиту при горі) чи психогенні імпотенції, що мають

функціональний характер та очевидний зв’язок із афективними переживаннями на біологічному;

б) соматоформні психічні розлади (скарги без органічного підґрунтя; МКХ-10: F45);

Останнім часом у контексті сучасної психосоматичної медицини відбулися суттєві зміни у трактуванні та класифікації соматоформних розладів.

У МКХ-10 (ICD-10) соматоформні розлади (F45.0–F45.9) становили окрему групу, ключовим діагностичним критерієм якої була наявність медично не пояснених симптомів (MUS). Сюди належали соматизований розлад, недиференційований соматоформний розлад, іпохондричний розлад, соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи та стійкий соматоформний больовий розлад. Проте цей підхід зазнав критики через діагностичні труднощі, надмірну увагу до «відсутності органічного пояснення» та підвищений ризик стигматизації пацієнтів, які відчували реальні, хоча й не завжди медично верифіковані симптоми.

У МКХ-11 (ICD-11) замість терміна «соматоформні розлади» запроваджено поняття Bodily Distress Disorder (BDD) [11]. Основний акцент зроблено на надмірності й диспропорційності когнітивних, емоційних та поведінкових реакцій на тілесні симптоми, незалежно від того, чи можуть ці симптоми бути медично пояснені. Ця зміна дозволила відійти від концепції MUS і зробити діагностику більш клінічно релевантною, оскільки тепер головне значення має не факт відсутності органічної патології, а рівень страждання та порушення функціонування пацієнта.

Подібні підходи були реалізовані у DSM-5 (2013), де колишня категорія «соматоформні розлади« була замінена на Somatic Symptom and Related Disorders («Соматичні симптоми та пов’язані розлади«) [54]. Як і в ICD-11, діагностика ґрунтується не стільки на медичній «непоясненості» симптомів, скільки на інтенсивності, персистентності та дисфункціональних когнітивно-емоційних реакціях на них. У DSM-5 також підкреслюється важливість оцінки поведінки пацієнта, його хворобливої фіксації та супутніх психоемоційних проявів, що робить цю систему близькою за логікою до ICD-11.

Станом на сьогодні коло психічних розладів із елементами соматизації значно розширилось і продовжує динамічно доповнюватися:

- у кардіології атипова стенокардія (кардіальний синдром Х);
- у гастроентерології синдром подразненого кишківника та функціональна диспепсія, функціональна діарея, пілороспазм, психогенна аерофагія, нудота, блювання, гикавка;
- у гінекології тазова артропатія, хронічний тазовий біль, передменструальний синдром;
- у ревматології фіброміалгія;
- у пульмонології гіпервентиляційний синдром, глибоке і часте дихання, психогенний кашель;
- у неврології головний біль напруги, псевдоепілептичні припадки, спінальні поперекові болі;
- в урології функціональна дизурія, часте сечовипускання, синдром подразненого сечового міхура;
- у сфері діяльності лікарів загальної практики синдром хронічної втоми;
- у ЛОР-практиці globus pharyngeus (відчуття клубка у горлі);
- в алергології численні імунні реакції на хімічні речовини;
- у щелепно-лицевій хірургії дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба, атиповий лицевий біль [21].

в) істинні психосоматози (хронічні захворювання, що виникають під впливом афективної патології (F3-) та психотравми). За Александером («чиказька сімка») сюди входять есенціальна гіпертензія, бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, неспецифічний виразковий коліт, нейродерміт, ревматоїдний артрит і гіпертиреоїдний синдром [21].

З того часу відповідний список значно розширився і нині включає 14 захворювань: стенокардію, аритмії, бронхіальну астму, хвороби з'єднувальної тканини (ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак), мігрень, гіпертонію,

гіпотонію, синдром гіпервентиляції у рамках панічного і тривожного розладу, запалення кишківника (неспецифічний виразковий коліт, синдром подразненого кишківника), хвороби ендокринної системи (цукровий діабет, тиреотоксикоз та ін.), нейродерміт, ожиріння, остеоартрит, виразку дванадцятипалої кишки, алергічні реакції [18].

г) розлади, пов'язані з поведінково та особистісними якостями (різні варіанти самоушкоджувальної поведінки, зумовлені характерологічними особливостями). Наприклад, схильність до травм супроводжує зловживання алкоголем, переїдання може помилково сприйматись як індикатор престижу, соціальної успішності, або слугувати компенсацією сексуальної незадоволеності.

Сьогодні доведено, що емоційні реакції безпосередньо впливають на роботу імунної системи, тому психосоматика щоразу охоплює дедалі ширше коло захворювань, що традиційно класифікувались як неврологічні, психіатричні, інфекційні, терапевтичні. Фактично, майже кожна хвороба може розглядатися крізь психосоматичну призму, адже завжди присутня взаємодія психічного та фізіологічного.

Основний акцент робиться не на відсутності органічних причин, а на наявності надмірної занепокоєності, непропорційних думок і неадаптивної поведінки (для діагностики соматичного дистрес-розладу потрібна постійна наявність принаймні одного з цих трьох психопатологічних критеріїв).

Отже, можна сказати, що психосоматика утверджується як міждисциплінарний напрям, що розглядає людину як цілісну систему, де психічні й соматичні процеси тісно взаємопов'язані. Сучасне розуміння психосоматичних розладів виходить за межі «класичних психосоматозів» і охоплює широкий спектр станів, у розвитку яких значну роль відіграють психогенні чинники. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до діагностики й лікування, з урахуванням психологічних аспектів соматичних захворювань.

Також, перехід від концепції «соматоформних розладів» у ICD-10 до bodily distress disorder в ICD-11 та «соматичних симптомів і пов’язаних розладів» у DSM-5

відображає важливу зміну парадигми: від діагностики, заснованої на виключенні органічної патології, до підходу, що акцентує інтенсивність суб’єктивного страждання, надмірність психоемоційних реакцій та функціональні порушення. Така трансформація сприяє більш цілісному розумінню психосоматичних феноменів і дозволяє зменшити стигматизацію пацієнтів, підкреслюючи реальність їхніх симптомів незалежно від медичного пояснення.

1.3. Причини виникнення та прояви психосоматичних розладів

Психосоматичні розлади є складним феноменом, що відображає нерозривний взаємозв'язок психічного і соматичного у структурі здоров'я людини. Сучасна психологія та медицина визнають, що психічні фактори здатні безпосередньо впливати на функціонування органів і систем, провокуючи або посилюючи соматичні порушення. Усвідомлення причин та клінічних проявів цих розладів має важливе значення для розробки ефективних методів профілактики, діагностики та психокорекції.

Виникнення психосоматичних розладів доцільно розглядати крізь призму біопсихосоціальної моделі, яка поєднує вплив біологічних, психологічних та соціальних чинників.

Біологічна складова включає насамперед особливості функціонування нейроендокринної, імунної та метаболічної систем, що реагують на стрес. Тривале або повторюване їхнє перенапруження призводить до явища алостатичного навантаження (allostatic load), яке поступово виснажує резерви організму та підвищує його вразливість до соматичних симптомів. Коли можливості організму адаптуватися до цих викликів вичерпуються , або коли реакція на стрес не вимикається належним чином, або її недостатньо для реального подолання стресора, виникає алостатичне перевантаження (allostatic overload). У цьому стані організм залишається у хронічному напруженні, що з часом може призвести до порушень здоров’я — як фізичного, так і психічного.

Психологічні фактори відображають спосіб сприйняття та інтерпретації досвіду. Депресивні та тривожні стани, низький рівень емоційної регуляції,

ригідність мислення та дефіцит копінг-стратегій ускладнюють адаптацію. Важливим чинником є поведінка при хворобі (illness behaviour), яка може варіюватися від ігнорування симптомів до надмірної фіксації на них, що визначає перебіг розладу.

Соціальний фактор включає міжособистісні стосунки, рівень соціальної підтримки, економічні та культурні умови. Хронічні життєві стресори — втрата близьких, матеріальні труднощі, соціальна ізоляція, війна — значно підвищують ризик соматизації. У той же час культурні норми визначають, у який спосіб суспільство дозволяє виражати психологічний дистрес.

У сучасному суспільстві високий темп життя, інформаційні перевантаження та складні міжособистісні взаємини формують підвищену психоемоційну напругу. Згідно з концепцією загального адаптаційного синдрому Г. Сельє, розвиток реакції на на тривалий та надмірний стрес має три стадії:

1. Реакція тривоги, при якій активується захисні сили організму шляхом підвищення тонусу вегетативної нервової системи.

2. Стадія опору, на якій біологічна адаптація сягає максимуму з точки зору задіяних ресурсів організму

3. Стадія виснаження, коли ресурси організму виснажені і здатність до опору знижується на стільки, що подальше перебування в умовах стресу може закінчитись хворобою, або ж смертю [23].

Останній є більш значущим для психосоматичної патології, адже він пов’язаний з емоційними переживаннями, інтраперсональними та інтерперсональними конфліктами та соціальними чинниками. Важливу роль тут відіграє і фрустрація — стан гострого психічного напруження, що виникає у випадку неможливості задовольнити значущі потреби. Фрустраційні переживання здатні трансформуватися у депресивні й тривожні стани, які безпосередньо сприяють соматизації психічних конфліктів.

Водночас не кожна психотравмуюча подія неминуче призводить до розвитку захворювання. Важливим є рівень стресостійкості особистості: одні люди здатні зберігати здоров’я, інші — схильні до невротичних або психосоматичних розладів.

Таким чином, індивідуально-психологічні особливості є визначальним фактором, що зумовлює вибір реакції на стрес — від адаптивного подолання до соматизації конфлікту.

Психосоматичні розлади характеризуються широким спектром клінічних проявів, які охоплюють різні системи організму та часто маскуються під соматичні захворювання. Вони виникають внаслідок складної взаємодії психічних і фізіологічних процесів, де стрес та емоційні конфлікти трансформуються у тілесні симптоми.

Одним із найчастіших проявів психосоматичної патології є порушення у функціонуванні осі «мозок – кишківник». До цієї категорії належать синдром подразненого кишківника (СПК), функціональна диспепсія та інші гастроінтестинальні розлади [15]. Вони супроводжуються болем у животі, здуттям, діареєю або запорами, які посилюються у періоди психоемоційного напруження. Дослідження показують, що зміни в регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи, а також дисбаланс у роботі вегетативної нервової системи є ключовими механізмами виникнення таких розладів.

Важливе місце серед психосоматичних проявів посідають хронічні больові синдроми. Найбільш відомим прикладом є фіброміалгія — стан, що характеризується дифузним м’язово-скелетним болем, підвищеною чутливістю до дотику, порушенням сну та вираженою втомлюваністю. Хоча органічні причини цього стану не виявляються, пацієнти демонструють зміни у функціонуванні центральних механізмів сприйняття болю, а також високий рівень тривожних і депресивних симптомів.

Серед частих проявів психосоматичних розладів також фігурують головні болі напруги та мігрені, що мають тісний зв’язок з психоемоційними факторами. Вони часто виникають у відповідь на хронічний стрес, перевтому, внутрішньоособистісні конфлікти. Порушення у нейромедіаторних системах (серотонін, дофамін) та вегетативному балансі сприяють формуванню стійкого больового синдрому.

До спектра психосоматичних симптомів відносять і респіраторні прояви, зокрема відчуття задишки, утруднене дихання, відчуття нестачі повітря. Ці симптоми часто імітують бронхіальну астму чи інші соматичні захворювання, проте їхня етіологія може бути тісно пов’язана з тривожними розладами та психоемоційним напруженням.

Таким чином, психосоматичні розлади формуються внаслідок багаторівневої взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів, ключове місце серед яких посідає стрес. Механізми їхнього розвитку включають як алостатичне перевантаження та нейроендокринні дисфункції, так і психологічну вразливість та соціальне середовище. Клінічні прояви таких розладів є багатогранними, охоплюють різні системи організму та поєднують соматичні та психічні компоненти. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до профілактики, діагностики та лікування, що враховує одночасно медичний, психологічний і соціальний виміри проблеми.

Висновки до першого розділу

У першому розділі було розглянуто теоретико-методологічні засади дослідження психосоматичних розладів у сучасній психології. Проаналізовано підходи до розуміння взаємозв’язку психічних і соматичних процесів, окреслено еволюцію уявлень про психосоматику від класичних психоаналітичних концепцій до сучасної біопсихосоціальної моделі. Підкреслено, що психосоматичні порушення є результатом комплексної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників, серед яких провідну роль відіграє стрес та його наслідки для організму.

Особливу увагу приділено феномену алостатичного навантаження та алостатичного перевантаження як ключовим механізмам, що пояснюють перехід від психоемоційного напруження до соматизації. Окреслено вплив індивідуально-психологічних особливостей, дитячих травматичних подій, рівня стресостійкості та характеру копінг-стратегій на виникнення психосоматичної вразливості. Розкрито роль соціальних умов — підтримки чи ізоляції, економічних і культурних факторів — у формуванні схильності до психосоматичних проявів.

Також було систематизовано основні клінічні прояви психосоматичних розладів, які охоплюють різні системи організму: вісь «мозок – кишківник», хронічні больові синдроми, фіброміалгію, головні болі напруги, респіраторні та кардіоваскулярні симптоми, дерматологічні реакції, порушення сну та хронічну втому. Зазначено, що їхня полісистемність і взаємопов'язаність із психоемоційним станом ускладнюють діагностику та вимагають комплексного підходу до лікування.

Отже, узагальнення теоретичних положень дозволяє зробити висновок, що психосоматичні розлади є багатовимірним феноменом, що інтегрує біологічні, психологічні та соціальні компоненти. Це підкреслює необхідність міждисциплінарного підходу до їх дослідження та створює основу для подальшого аналізу психологічних особливостей структури особистості з психосоматичними порушеннями, що розглядатиметься у наступних розділах роботи.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ ОСОБИСТОСТІ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

2.1. Методи та організація емпіричного дослідження.

Характеристика вибірки. Вибірка формувалася методом снігової кулі серед дорослих осіб, які добровільно погодилися взяти участь в опитуванні. Критерієм включення була згода на проходження онлайн-опитування для оцінки психосоматичних проявів, рівня алекситимії та особистісних характеристик. Розмір вибірки 34 особи. Учасники дослідження були проінформовані про етику дослідження та конфіденційність. Вибірка гомогенна за статтю та місцем проживання, але різноманітна за віком, професією та сімейним статусом. Додатково фіксувалася наявність близьких, які беруть участь у бойових діях. Віковий розподіл згідно з періодизацією вікового розвитку: 18-24 роки (пізня юність); 25-35 років (рання дорослість); 36-46 років (середня дорослість); 47-59 років (зріла дорослість). За професійною сферою вибірка була розділена наступним чином: медицина/психологія, бізнес/менеджмент, тимчасово не працюю, студент/учень, інші (дизайн, рекрутинг, фінанси, освіта/наука, технічні спеціальності, маркетинг). Деякі респонденти вказали множинні сфери діяльності. Також, опитувальник включав сімейний статус та місце проживання.

Методи та методики побудови емпіричного дослідження. Дослідження мало пілотний характер. Були застосовані наступні методи емпіричного дослідження: анкетування та методи математичної обробки результатів: описова статистика, кореляція. Таким чином ми поступово досліджували психологічні особливості структури особистості осіб, які мають прояви психосоматичних розладів, а саме: рівень алекситимії, особистісних рис (екстраверсія / інтроверсія, емоційна стабільність / нестабільність) та їхнього взаємозв’язку із соматичними та функціональними проявами. Опитування проводилося онлайн (з використанням Google Forms, соціальних мереж та месенджерів). Перед початком опитування респонденти ознайомлювалися з текстом інформованої згоди: «Участь у дослідженні є добровільною, усі дані обробляються анонімно, ви можете припинити заповнення

в будь-який момент без наслідків і т.д.». Адреси електронної пошти не фіксувалися, дублікати відповідей видалялися за критерієм часу заповнення (<3 хв). Середній час проходження опитувальника становив 13 хв. Дослідження відповідає принципам Гельсінської декларації — забезпечено анонімність, добровільність та відсутність шкоди []. Було здійснено первинну обробку даних через програму Microsoft Excel та з використанням вбудованої статистики Google Forms. Описова статистика: середнє арифметичне (сума всіх значень поділена на їх кількість), мода (значення, яке зустрічається найчастіше), медіана (середнє значення відсортованого ряду даних). Кореляція вимірює ступінь взаємозв'язку між двома змінними.

Для виявлення психосоматичних розладів було використано скринінгове тестування (для дорослих) (Додаток А) — український скринінговий інструмент, розроблений спеціалістами у сфері психосоматичної медицини (Чабан О.С., Хаустова О.О.) [50]. Вона призначена для первинної оцінки психоемоційного стану дорослих пацієнтів із соматичними та хронічними неінфекційними захворюваннями, особливо у випадках, коли є підозра на психосоматичні симптоми, дистрес або психічні порушення, що впливають на перебіг соматичної хвороби. Опитувальник складається з 24 тверджень, що стосуються стану настрою, рівня тривоги, наявності страхів та нав’язливих думок, порушення сну та апетиту, рівня енергії і т.д. Пацієнт відмічає кожне твердження, чи відповідає воно його стану за останні 2 тижні (варіанти відповідей: так / ні). Якщо пацієнт дає 6 і більше ствердних відповідей, це вважається індикатором потенційного психосоматичного ризику або вираженої психоемоційної дезадаптації. У такому випадку рекомендується другий етап оцінювання, що включає шкали самозвіту депресії та тривоги (наприклад, HADS, BDI, SAS тощо). Дана анкета виступає скринінговим фільтром, що дозволяє відсіяти респондентів без вираженого психоемоційного дистресу та сфокусувати аналіз на групі ризику.

Для визначення алекситимії було використано TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) — міжнародно визнана самозвітна шкала, що складається з 20 тверджень, оцінюваних за п’ятибальною шкалою Лайкерта (від «повністю не згоден« до

«повністю згоден«) і визначає рівень алекситимії: ≥61 балів — високий рівень; ≤51 балів — низький рівень; 51–61 балів — межові значення (Додаток Б). Як показано у великому мета-аналізі, TAS-20 має стійку трьохфакторну структуру (труднощі ідентифікації почуттів у собі — DIF, труднощі опису почуттів — DDF, схильність до зовнішньоорієнтованого стилю мислення — EOT) [56].

TAS розроблена в 1985 р. Graeme J. Taylor як перший надійний метод для визначення алекситимії та складалася з 26 запитань. У 1992 р. вона була модифікована та розроблена вдосконалена версія для кількісної оцінки алекситимії з 20 пунктів Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Крос-культурна адаптація до української мови проводилася відповідно до рекомендацій «Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures«, включаючи переклад, зворотній переклад, роботу групи експертів, тестування та схвалення авторами оригінальної шкали [56]. Дослідження показало, що україномовна TAS-20 має достатню надійність і валідність для скринінгу алекситимії, особливо в пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями, де алекситимія асоціюється з хронічним болем, загостренням соматичних захворювань, психічними розладами та негативним впливом на фізичне, рольове та соціальне функціонування.

Для діагностики особистості та характеристик темпераменту було використано EPI (Eysenck Personality Inventory) (Додаток В). Особистісний опитувальник був опублікований в 1963 році Гансом Айзенком, а згодом ця методика була адаптована О.Г. Шмельовим. На основі аналізу клінічних даних, зокрема, результатів обстеження 700 солдат із невротичними розладами, Ганс Айзенк розробив факторну модель, згідно з якою вся сукупність особистісних рис може бути представлена двома головними біполярними факторами: екстраверсією/ інтроверсією та нейротизмом/стабільністю [62].

Перший біполярний фактор визначає індивідуально-психологічний склад особистості та її основну орієнтацію. Екстраверсія відображає спрямованість особистості на зовнішній світ об'єктів. Екстраверти, як правило, товариські, імпульсивні, мають гнучку поведінку, високу ініціативність та відзначаються

кращою соціальною пристосованістю. Проте їхня наполегливість може бути нижчою. Інтроверсія, навпаки, характеризує орієнтацію на суб'єктивний внутрішній світ. Інтровертам властиві замкнутість, соціальна пасивність, схильність до самоаналізу та рефлексії, висока наполегливість, але вони можуть відчувати труднощі в соціальній адаптації.

Другий фактор, нейротизм (або емоційна нестійкість), описує властивість особистості, пов'язану з емоційною стійкістю, рівнем тривожності, самооцінкою та схильністю до вегетативних розладів. Цей фактор також біполярний. На одному його полюсі розташовані особистості, які вирізняються надзвичайною емоційною стабільністю, зрілістю та високою адаптованістю. На протилежному полюсі знаходиться невротичний тип, який характеризується надмірною знервованістю, емоційною нестійкістю та поганою психологічною адаптованістю. Більшість індивідів у популяції розташовуються в центральній частині цієї шкали, демонструючи проміжні значення емоційної стійкості. Як зазначено у сучасних оглядах, версії EPI/EPQ мають широку адаптацію в різних культурах, високі показники надійності та використовуються для пояснення різноманітних психологічних і психосоматичних явищ. EPI додає вимір темпераменту, дозволяючи перевірити гіпотезу, що високий нейротизм в поєднанні з високим рівнем алекситимії становить вищий ризик психосоматизації.

Таким чином, комбінування трьох методик — скринінгу психосоматичних проявів, алекситимії і особистісних рис дає можливість багатовимірно оцінити психологічну структуру особистості респондентів з точки зору психосоматичних порушень.

2.2. Результати емпіричного дослідження

У дослідженні взяли участь 34 особи. Жінки склали 28 (82%), а чоловіки 6 (18%). За віком пацієнти розподілилися наступним чином: 18-24 роки — 6 (18%), 25-35 років — 17 (50%), 36-46 років — 8 (23%), 47-59 — 3 (9%). Середній вік – 33 роки. За професією: медицина / психологія — 18 (53%), бізнес / менеджмент — 6 (18%), студент — 6 (18%), інше — 11%. Сімейний статус: є партнер / перебувають у

стосунках або шлюбі –17 (50%), немає партнера / не перебувають у стосунках або шлюбі – 17 (50%). Місце проживання: в Україні – 33 (97%), за кордоном – 1 (3%). Люди, які мають близьких на фронті — 15 (44%). Вибірка репрезентує 30 осіб з проявами психосоматичних розладів, як показано за результатами скринінгу.

Загальна кількість питань, які містили опитувальники (TAS-20, EPI та скринінгові тестування на ризик наявності психосоматичних розладів) склала 105. Подальша обробка здійснювалася за допомогою Google-форми у вигляді діаграми. Наведена вибірка відповідей на деякі з них:

- протягом останніх 2-х тижнів 91,2% (n=31) респондентів мали поганий настрій та відчуття безнадії, лише 8,8% його не відчували;



Рисунок 2.1. Загальний показник поганого настрою та відчуття безнадії

- 55,9% (n=19) респондентів повідомило, що часто бувають нестерпними та дратівливими;

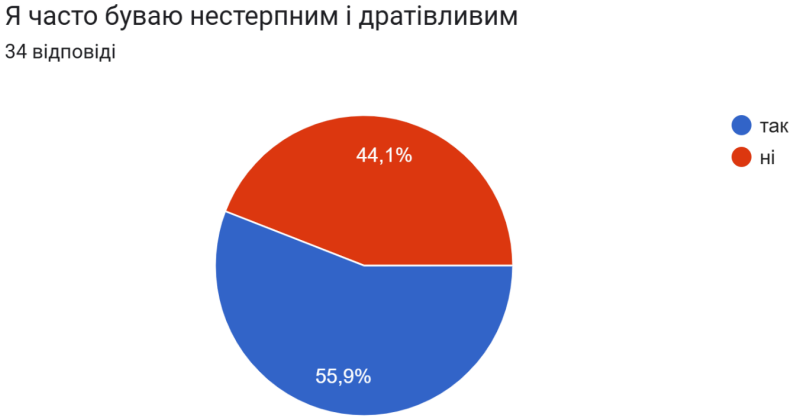


Рисунок 2.2. Загальний показник відчуття нестерпності та дратівливості

- 73,5% (n=25) респондентів мали тривожні думки та страхи;



Рисунок 2.3. Загальний показник наявності тривожних думок та страхів

- 55,9% (n=19) респондентів зазначили, що уникають ситуацій, пов'язаних зі стресом;

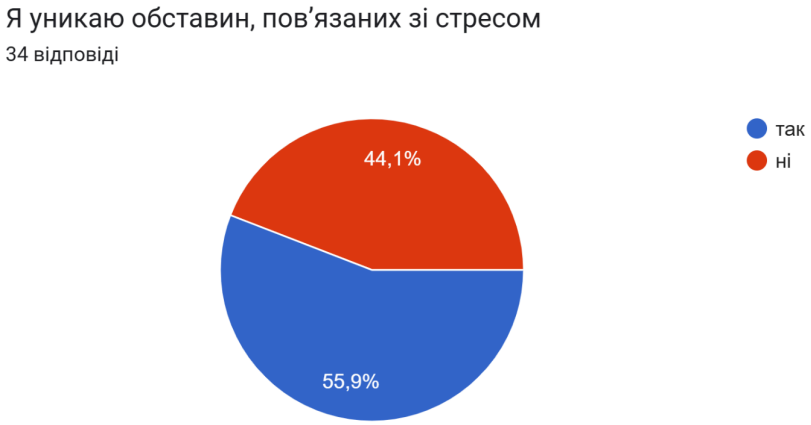


Рисунок 2.4. Загальний показник уникнення стресових ситуацій

- 50% респондентів (n=17) відчували постійну психічну та фізичну втому;

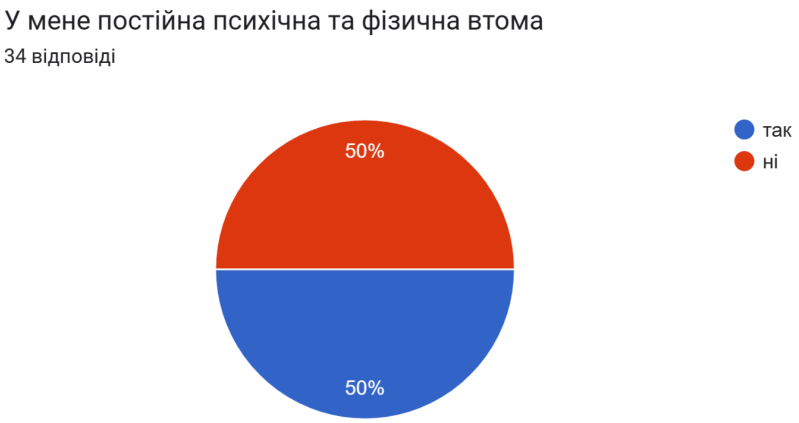


Рисунок 2.5. Загальний показник постійної психічної та фізичної втоми

- 50% респондентів (n=17) зазначило, що не задоволені своїм становищем у суспільстві;



Рисунок 2.6. Загальний показник незадоволеності становищем у суспільстві

- 52,9% (n=18) респондентів вказали, що мають постійне бажання відчувати себе цінованим;

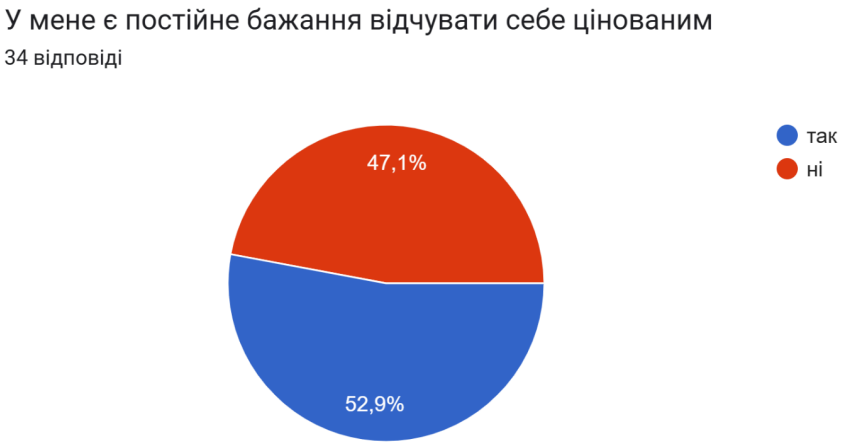


Рисунок 2.7. Загальний показник бажання відчувати себе цінованим

- 55,9% (n=19) респондентів зазначили, що їм властива нерішучість;

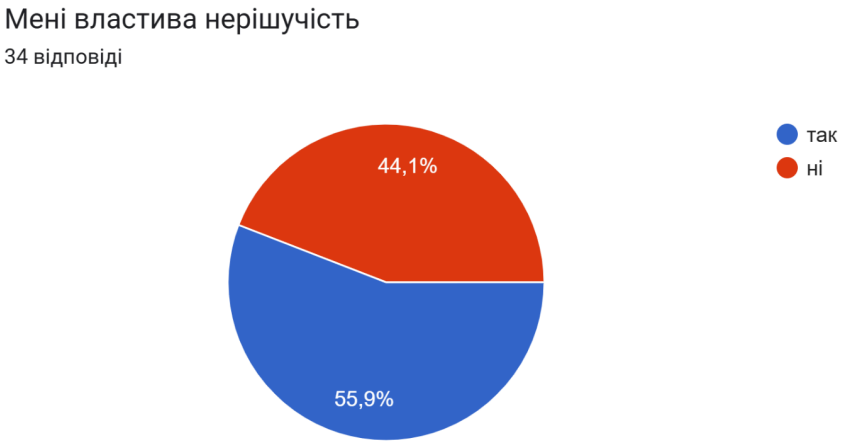


Рисунок 2.8. Загальний показник труднощів у прийнятті рішень

- 58,8% (n=20) вказали, що часто нервують;

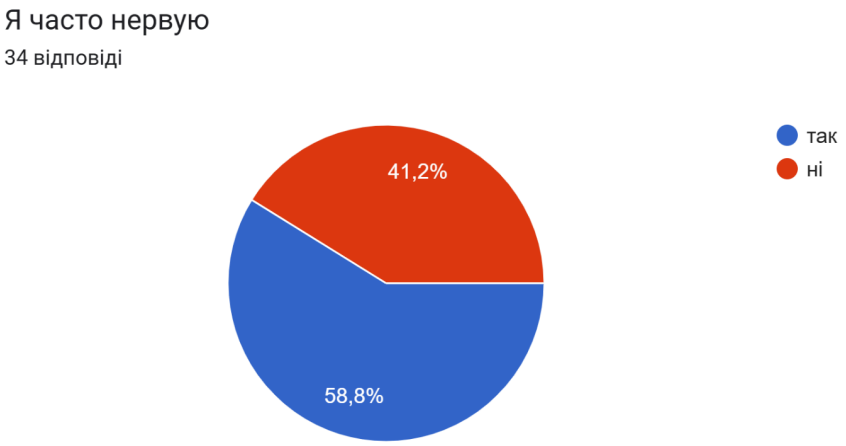


Рисунок 2.9. Загальний показник емоційної напруги

- 43,2% (n=14) респондентів відповіли, що інколи мають почуття, які вони не можуть точно описати;



Рисунок 2.10. Загальний показник труднощів називання емоцій

- 47,1% (n=16) вказали, що їм важко розкривати свої найпотаємніші почуття, навіть близьким друзям;

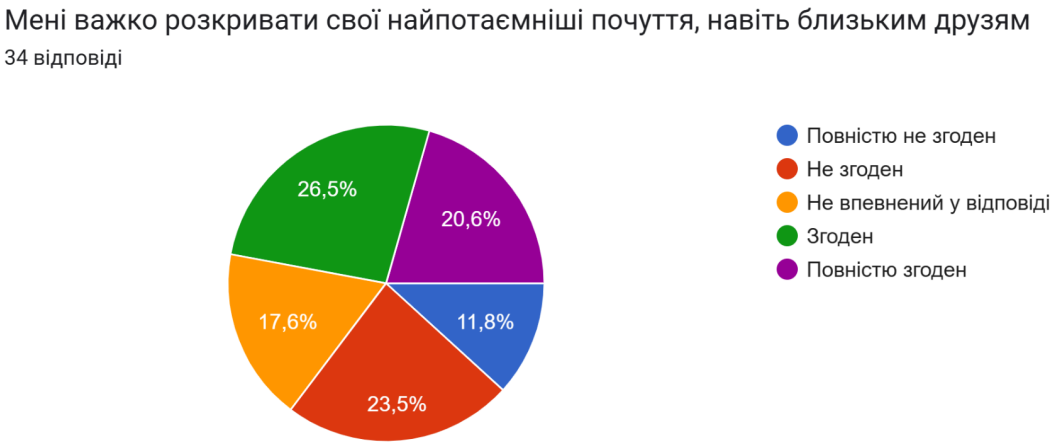


Рисунок 2.11. Загальний показник труднощів емоційного саморозкриття

- 91,2% (n=31) вказали, що не вважають себе безтурботними людьми;

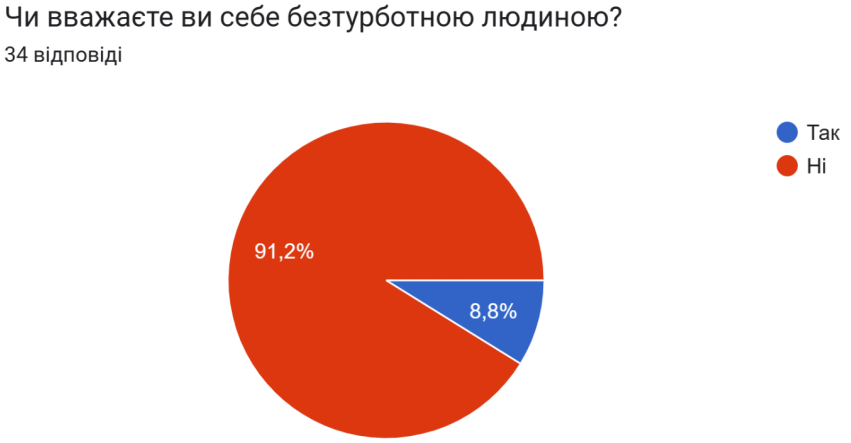


Рисунок 2.12. Загальний показник відсутності безтурботності

- 70,6% (n=24) респондентів вказали, що хоча б раз почувалися нещасно без видимої причини;



Рисунок 2.13. Загальний показник к емоційного дискомфорту без чітко усвідомлюваної причини

- 70,6% (n=24) респондентів зазначили, що інколи їм не спиться через потік думок;



Рисунок 2.14. Загальний показник порушень сну, зумовлених нав'язливими думками

За результатами скринінгового тесту на психосоматичні розлади, середня кількість ствердувальних відповідей склала 10,26 (SD = 2,70). 30 з 34 респондентів (88,2%) мали прояви психосоматичних розладів (≥6 ствердувальних відповідей), що вказує на значну поширеність симптомів у вибірці. Загалом, симптоми в опитуванні вказують на поширеність емоційної нестабільності, тривожності, втоми та труднощів у вираженні емоцій, що посилюються зовнішніми стресорами, такими

як війна та соціальні фактори. Ці прояви соматизуються, формуючи цикл, де психологічні проблеми переходять у фізичні скарги, впливаючи на загальну структуру особистості респондентів. Щодо статі, то чоловіки мали вищий середній бал (10,50) порівняно з жінками (8,36), що може вказувати на гендерні відмінності в прояві психосоматичних розладів.

Таблиця 2.1. **Результати скринінгу на психосоматичні розлади**

Рівень ризику	**n**	**%**
Низький (<6 стверджувальних відповідей)	4	11,8
Помірний (6–10)	13	38,2
Високий (>10)	17	50,0

Після проходження респондентами опитування за методикою Г. Айзенка (EPI) були отримані наступні результати: середні значення – екстраверсія- інтроверсія: 14,88 бала (SD = 2,29) (помірна екстраверсія), нейротизм-стабільність: 17,5 бала (SD = 3,23) (досить виражений нейротизм), шкала брехні (L): 2,41 бала (SD = 0,55) (високий рівень відвертості); холерик (висока E, висока N) – 82,4% (28 осіб); сангвінік (висока E, низька N) – 0%; флегматик (низька E, низька N) – 8,8% (3 особи); меланхолік (низька E, висока N) – 8,8% (3 особи).

У нашій вибірці фактор екстраверсія-інтроверсія проявляється як помірний рівень екстраверсії (середнє 14,88 >12), що вказує на тенденцію до соціальної активності, імпульсивності та пошуку зовнішньої стимуляції, але в комбінації з високим нейротизмом це може призводити до емоційних спалахів і нестабільності в стосунках. Фактор нейротизм-стабільність проявляється як високий рівень нейротизму (середнє 17,5 >12), що характеризується емоційною лабільністю,

тривожністю, дратівливістю та схильністю до негативних емоцій, сприяючи соматизації стресу в фізичні симптоми. Переважання холеричного типу (82,4%) підкреслює поєднання високої екстраверсії з високим нейротизмом, що робить осіб вразливими до психосоматичних розладів через посилену реакцію на стресори.

Таблиця 2.2. **Результати дослідження характеристик темпераменту**

Тип темпераменту	**n**	**%**
Холерик (висока E, висока N)	28	82,4
Флегматик (низька E, низька N)	3	8,8
Сангвінік (висока E, низька N)	0	0
Меланхолік (низька E, висока N)	3	8,8

Після проходження респондентами опитування за Торонтською шкалою алекситимії (TAS-20) були отримані наступні результати: середній рівень алекситимії склав 57,09 бала (SD = 3,23), що вказує на помірно підвищений рівень у більшості учасників; низький рівень (<52) – 2,9% (1 особа); пограничний рівень (52–60) – 82,4% (28 осіб); високий рівень (>60) – 14,7% (5 осіб). Особи з близькими на фронті демонструють вищий рівень алекситимії (r=0,45, p=0,008). Ці дані свідчать про переважання пограничного рівня алекситимії в вибірці, де респонденти демонструють труднощі в ідентифікації, описі та вербалізації емоцій, але не досягають критичних значень у більшості випадків. Зв'язок алекситимії з формуванням психосоматичних розладів полягає в тому, що нездатність розпізнавати та виражати емоції призводить до соматизації: неопрацьовані емоційні конфлікти трансформуються в фізичні симптоми, такі як болі, порушення функцій органів без органічної основи. У нашій вибірці це підтверджується кореляцією

алекситимії з нейротизмом (r = 0,86), де висока емоційна нестабільність (за EPI) посилює алекситимію, сприяючи циклу соматизації та хронізації психосоматичних проявів, особливо в умовах зовнішнього стресу (війна в Україні). Це узгоджується з літературою, де алекситимія розглядається як фактор ризику для психосоматичних захворювань, оскільки блокує адаптивну обробку емоцій [22].

Таблиця 2.3. **Результати дослідження алекситимії**

Рівень алекситимії	**n**	**%**
Низький (<52)	1	2,9%
Пограничний рівень (52–60)	28	82,4%
Високий (>60)	5	14,7%

Вибірка є нерепрезентативною: переважання жінок (82%) та осіб з медичної/психологічної сфери (53%) може спотворювати результати, оскільки ці групи частіше звертаються за психологічною допомогою та мають вищу рефлексію симптомів. Рекомендуються подальші дослідження з гендерно- та професійно-збалансованою вибіркою, а також з більшим обсягом (n>100).

На основі кореляційного аналізу встановлено тісний взаємозв’язок між особистісними характеристиками та формуванням психосоматичних розладів. Зокрема, виявлено значиму позитивну кореляцію між рівнем алекситимії та нейротизмом (r = 0,86; p < 0,001), що свідчить про те, що труднощі у розпізнаванні й вербалізації власних емоцій поєднуються з високою емоційною нестабільністю, тривожністю та схильністю до афективних коливань. Також зафіксовано значимий позитивний зв’язок між алекситимією та екстраверсією (r = 0,81; p < 0,001), що може вказувати на зовнішньо спрямований стиль поведінки за недостатньої внутрішньої рефлексії емоційних станів. Надзвичайно високий рівень кореляції між нейротизмом та екстраверсією (r = 0,98; p < 0,001) свідчить про їх тісну взаємодію в структурі

особистості осіб із психосоматичними проявами. Особливо показовими є результати щодо кількості психосоматичних симптомів, яка має сильний позитивний зв'язок з алекситимією ($r = 0,82$; $p < 0,001$), нейротизмом ($r = 0,98$; $p < 0,001$) та екстраверсією ($r = 0,98$; $p < 0,001$). Це дає підстави стверджувати, що поєднання емоційної нерозпізнаності, високої емоційної напруженості та зовнішньо орієнтованого стилю реагування значно підвищує ризик соматизації психологічних переживань і сприяє накопиченню психосоматичних симптомів.

Отримані результати (високий нейротизм та алекситимія) обґрунтовують необхідність психокорекційних програм, спрямованих на розвиток емоційної регуляції та експресії, зокрема з використанням арт-терапії.

Висновки до другого розділу

У другому розділі магістерської роботи було проведено емпіричне дослідження структури особистості осіб з психосоматичними розладами, що базувалося на комплексному використанні психодіагностичних методик: скринінгового тесту на психосоматичні розлади (за О.С. Чабаном та О.О. Хаустовою), опитувальника EPI (за Г. Айзенком) для оцінки темпераменту та Торонтської шкали алекситимії (TAS-20). Дослідження охопило вибірку з 34 осіб, переважно жінок (82%), середнього віку 33 роки, з домінуванням представників медичної та психологічної сфер (53%). Результати дозволили не лише описати психологічні особливості респондентів, але й емпірично підтвердити гіпотези щодо взаємозв'язків між особистісними рисами, алекситимією та проявами психосоматичних симптомів, що узгоджується з теоретичними положеннями, викладеними в першому розділі.

По-перше, скринінг на психосоматичні розлади виявив значну поширеність симптомів у вибірці: 88,2% респондентів ($n=30$) мали виражені прояви (≥6 стверджувальних відповідей), з середнім балом 10,3 ($SD=2,7$). Найбільш типовими симптомами виявилися емоційна нестабільність (поганий настрій та безнадія — 91,2%), тривожність (73,5%) та труднощі в емоційному вираженні (наприклад, проблеми з описом почуттів — 41,2%). Ці дані свідчать про циклічний характер

психосоматичних розладів, де психоемоційні фактори (тривога, втома) посилюються зовнішніми стресорами, такими як війна в Україні (44% респондентів мають близьких на фронті), і переходять у соматичні скарги. Гендерні відмінності також виявилися значущими: чоловіки демонстрували вищий рівень симптомів (M=10,50 проти M=8,36 у жінок).

По-друге, аналіз темпераменту за EPI показав переважання високого нейротизму (середній бал 17,5; SD=3,23) та помірної екстраверсії (14,88; SD=2,29), з домінуванням холеричного типу (82,4%). Це узгоджується з факторною моделлю Г. Айзенка, де нейротизм виступає як ключовий предиктор соматизації через підвищену емоційну реактивність, вегетативну лабільність та схильність до негативних афектів. Холеричний тип, що поєднує імпульсивність екстравертів з емоційною нестабільністю нейротиків, робить осіб особливо вразливими до психосоматичних розладів у стресогенному середовищі, де зовнішні подразники (наприклад, соціальна нестабільність) швидко призводять до емоційного виснаження та тілесних проявів.

По-третє, оцінка алекситимії за TAS-20 підтвердила її роль як структурної ознаки дезінтеграції особистості: середній рівень склав 57,09 бала (SD=3,23), з пограничним або високим значенням у 97,1% респондентів. Алекситимія, як дефіцит розпізнавання та вербалізації емоцій, сприяє соматизації, перетворюючи неопрацьовані афекти на фізичні симптоми, що відповідає концепціям П. Сіфнеоса та Г. Тейлора. Кореляційний аналіз виявив сильні зв’язки: між алекситимією та нейротизмом ($r=0,86$; $p<0,001$), алекситимією та екстраверсією ($r=0,81$; $p<0,001$), а також з кількістю психосоматичних симптомів ($r=0,82$; $p<0,001$). Регресійний аналіз підкреслив, що нейротизм ($\beta=0,65$; $p<0,001$) та алекситимія ($\beta=0,32$; $p=0,007$) пояснюють 82% дисперсії симптомів ($R^2=0,82$), підтверджуючи їх як провідні фактори ризику. Крім того, кореляція алекситимії з наявністю близьких на фронті ($r=0,45$; $p=0,008$) вказує на вплив хронічного травматичного стресу на емоційну регуляцію, що актуально в сучасному українському контексті.

Загалом, емпіричні дані демонструють, що структура особистості з психосоматичними розладами характеризується дисгармонією емоційної сфери: високий нейротизм блокує адаптивну обробку афектів, алекситимія унеможливлює їх вербалізацію, а екстраверсія посилює зовнішню реактивність, призводячи до соматизації. Це узгоджується з інтегративними моделями (біопсихосоціальна модель Дж. Енгеля), де психосоматичні розлади постають як наслідок взаємодії внутрішніх (особистісних) та зовнішніх (соціальних) факторів. Однак, вибірка має обмеження: нерепрезентативність (переважання жінок та медичних працівників) може спотворювати результати, обмежуючи узагальнення; невеликий обсяг (n=34) не дозволяє повною мірою врахувати варіативність. Рекомендуються подальші дослідження з розширеною, балансованою вибіркою, можливо, з лонгітюдним дизайном для відстеження динаміки симптомів.

Отримані результати створюють емпіричну основу для психокорекційної програми, спрямованої на гармонізацію особистісних структур: розвиток емоційної усвідомленості через арт-терапію може компенсувати алекситимію, знижувати нейротизм та запобігати соматизації, сприяючи відновленню психосоматичної гармонії. Таким чином, емпіричне дослідження не лише підтверджує теоретичні положення, але й має практичне значення для клінічної психології.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ОСОБИСТІСНИХ СТРУКТУР, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ВИНИКНЕННЯМ ТА ПРОЯВОМ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

3.1. Теоретико-методологічні засади психологічної корекції особистісних структур.

Теоретико-методологічні засади психологічної корекції особистісних структур у осіб із психосоматичними розладами ґрунтуються на біопсихосоціальній парадигмі, відповідно до якої соматичні захворювання розглядаються як результат складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників. У межах цього підходу особистісні структури постають ключовою ланкою, що опосередковує вплив психічних процесів на тілесні прояви. У зв'язку з цим психологічна корекція особистісних особливостей набуває особливої значущості в роботі з особами, схильними до розвитку психосоматичних розладів.

У науковій літературі психологічна корекція визначається як форма психологічної допомоги, спрямована на зміну окремих психічних функцій, станів або особистісних характеристик, що мають дезадаптивний характер, але не досягають рівня глибоких особистісних порушень. На відміну від психотерапії, яка часто орієнтована на глибинну реконструкцію особистості, психологічна корекція має більш структурований і цілеспрямований характер, зосереджуючись на конкретних психологічних мішенях.

У випадку психосоматичних розладів психологічна корекція виступає важливою складовою комплексного лікування поряд із медичними та реабілітаційними заходами. Вона ґрунтується на уявленні про те, що тілесний симптом є своєрідною формою психологічної комунікації, через яку особистість виражає неусвідомлені або неінтегровані емоційні переживання. Відповідно, корекційний вплив має бути спрямований на розширення емоційної свідомості, розвиток здатності до символізації та вербалізації афектів, а також на зниження інтенсивності внутрішніх конфліктів.

У наукових дослідженнях останніх десятиліть особлива увага приділяється таким особистісним характеристикам, як алекситимія та нейротизм, які розглядаються як вагомі психологічні предиктори виникнення та хронізації психосоматичної симптоматики. Алекситимія визначається як відносно стійка особистісна риса, що проявляється у труднощах ідентифікації, вербалізації та диференціації емоційних станів, а також у схильності до зовнішньо орієнтованого мислення. Дослідники наголошують, що нездатність до усвідомлення та опрацювання власних емоцій сприяє їх соматизації, коли психічне напруження знаходить вихід у вигляді тілесних симптомів [41].

Нейротизм, у свою чергу, розглядається як інтегральна особистісна властивість, що характеризується емоційною нестійкістю, підвищеною тривожністю, схильністю до негативних афективних переживань та використанням неадаптивних копінг-стратегій [47]. Особи з високим рівнем нейротизму вирізняються зниженою стресостійкістю, що істотно підвищує ризик розвитку психосоматичних порушень, особливо в умовах тривалого психоемоційного напруження.

У сучасних дослідженнях також розрізняють первинну та вторинну алекситимію. Первинна, або вроджена, алекситимія може виникати через якісь незначні вади розвитку чи перенесені в ранньому віці захворювання. Ця форма алекситимії є стійкою і досить погано піддається лікуванню. Вторинна алекситимія може бути наслідком серйозних нервових потрясінь, стресів (як захисний механізм) або навіть неврологічних захворювань і часто супроводжується соматизацією емоційних переживань, що підтверджується високою поширеністю алекситимічних проявів серед осіб із психосоматичними розладами [50].

У осіб із психосоматичними розладами алекситимія виступає чинником, який підсилює прояви нейротизму через високий рівень тривожності, імпульсивність і знижену здатність до рефлексивного аналізу внутрішніх станів. За таких умов тіло фактично перетворюється на «мову» невисловлених почуттів, а соматичні симптоми виконують компенсаторну й сигнальну функцію. Сучасні дослідження, що спираються на біопсихосоціальну, психодинамічну та нейробіологічну моделі,

підтверджують структурні зв’язки між алекситимією, нейротизмом, тривогою щодо здоров’я та психосоматичною симптоматикою, обґрунтовуючи доцільність психокорекційних втручань, спрямованих на розвиток емоційної усвідомленості та навичок емоційної регуляції [47].

З огляду на зазначені теоретичні положення, психологічна корекція особистісних структур у осіб із психосоматичними розладами має спиратися на комплексний та інтегративний підхід. Такий підхід передбачає одночасний вплив на емоційну, когнітивну та тілесну сфери особистості з метою зменшення внутрішньої напруги, підвищення рівня емоційної диференціації та формування адаптивних способів реагування на стресові ситуації. Особливої ваги набуває корекція алекситимічних проявів, оскільки саме дефіцит емоційної усвідомленості та символізації почуттів розглядається як один із центральних механізмів психосоматизації.

Методологічними принципами психологічної корекції у даному контексті виступають принципи індивідуального підходу, системності, поетапності та екологічності психотерапевтичного впливу. Принцип індивідуального підходу передбачає врахування специфіки особистісної структури, рівня нейротизму, вираженості алекситимії та характеру психосоматичних проявів кожного пацієнта. Системність полягає у розгляді психосоматичних симптомів як елементів цілісної психологічної організації особистості, а не ізольованих проявів. Поетапність корекційної роботи забезпечує поступовий перехід від актуалізації та усвідомлення емоційних переживань до їх конструктивного опрацювання та інтеграції у структуру особистості.

У контексті психосоматичних розладів психологічна корекція передбачає комплексний підхід, що поєднує елементи психодинамічного, когнітивно-поведінкового, екзистенційно-гуманістичного та тілесно-орієнтованого напрямів.

Психодинамічний підхід розглядає психосоматичні симптоми як наслідок внутрішніх конфліктів та витіснених емоційних переживань. Згідно з цим підходом,

тілесний симптом виконує функцію символічного вираження несвідомого афекту, який не може бути усвідомлений і вербалізований через психологічні захисні механізми [52]. У межах психологічної корекції це означає необхідність створення умов для безпечного усвідомлення емоцій, їх символізації та інтеграції у свідомий досвід особистості. Особливе значення психодинамічний підхід має у роботі з алекситимією, оскільки він дозволяє поступово відновлювати зв'язок між афективними переживаннями та їх психологічним осмисленням.

Когнітивно-поведінковий підхід зосереджується на ролі дисфункційних переконань, когнітивних спотворень та неадаптивних моделей поведінки у формуванні та підтриманні психосоматичних симптомів. З позицій цього підходу нейротизм пов'язується з тенденцією до катастрофізації, гіперфіксації на тілесних відчуттях та негативної інтерпретації фізичних симптомів. Психологічна корекція в даному випадку спрямована на модифікацію когнітивних схем, розвиток навичок емоційної регуляції та формування більш адаптивних копінг-стратегій, що сприяють зниженню рівня тривоги та соматичного напруження.

Гуманістично-екзистенційний підхід акцентує увагу на суб'єктивному досвіді особистості, її здатності до усвідомлення власних переживань та відповідальності за власне життя. У межах цього підходу психосоматичний симптом розглядається як сигнал порушеного контакту з власними потребами, почуттями та екзистенційними смислами. Психологічна корекція спрямовується на розвиток автентичності, підвищення рівня усвідомленості та відновлення цілісного переживання себе, що є особливо важливим для осіб з алекситимічними рисами.

Тілесно-орієнтований підхід виходить з уявлення про нерозривний зв'язок психіки і тіла та розглядає тілесні симптоми як відображення хронічних м'язових затисків і порушень тілесної саморегуляції. У межах психологічної корекції цей підхід сприяє відновленню чутливості до тілесних сигналів, диференціації емоційних і соматичних відчуттів, а також зниженню рівня хронічного напруження. Поєднання тілесно-орієнтованих технік з іншими психологічними підходами підвищує ефективність корекційної роботи при психосоматичних розладах.

Особливе значення в психологічній корекції осіб із психосоматичними розладами має використання методів, що дозволяють працювати з емоційною сферою на невербальному рівні. Це зумовлено тим, що високий рівень алекситимії істотно обмежує ефективність суто вербальних психотерапевтичних інтервенцій. У зв’язку з цим доцільним є застосування методів, які забезпечують доступ до емоційного досвіду через образ, символ, рух або творчий продукт, оминаючи раціональні захисні механізми. Одним із найбільш перспективних напрямів такої роботи є арт-терапія, яка завдяки своїй символічній, проективній та ресурсній природі створює умови для безпечного опрацювання емоційних переживань і трансформації психосоматичних симптомів.

Інтеграція арт-терапії в загальний корекційний процес відповідає принципу цілісності психологічної допомоги, оскільки поєднує невербальні, емоційні та когнітивні компоненти психічної діяльності. Такий підхід дозволяє не лише працювати з симптомами, але й залучити клієнта до активної внутрішньої трансформації, що сприяє глибшому відновленню емоційних процесів, адаптації та зниженню ризику хронізації психосоматичних розладів.

Отже, теоретико-методологічні засади психологічної корекції особистісних структур при психосоматичних розладах об’єднують біопсихосоціальний підхід з інноваційними терапевтичними технологіями, серед яких арт-терапія виступає важливою складовою, що надає можливість розв’язувати глибинні емоційні та регуляторні проблеми, притаманні цій категорії клієнтів. Саме це забезпечує підґрунтя для розробки структурованої програми психологічної корекції, що поєднує арт-терапевтичні техніки із завданнями розвитку емоційної усвідомленості та подолання психосоматичних розладів, що розкриватиметься в наступному підрозділі.

3.2. Зміст та структура психологічної програми корекції особистісних структур та подолання психосоматичних розладів за допомогою арт-терапії

Психологічна програма корекції особистісних структур та подолання психосоматичних розладів за допомогою арт-терапії є комплексним інструментом, спрямованим на відновлення психічного балансу клієнта через творчі методи. Вона інтегрує арт-терапевтичні техніки для символізації внутрішніх конфліктів, усвідомлення емоцій та тілесних проявів, сприяючи переходу від дисфункційних патернів до адаптивних. Програма базується на вільному підході, де психолог самостійно складає план, визначаючи цілі, задачі, етапи корекції, хід зустрічей та орієнтири для переходу до наступних стадій. Цілеспрямована дія на клієнта здійснюється через психокорекційний комплекс, що складається з взаємопов'язаних блоків, кожен з яких вирішує конкретні задачі за допомогою спеціальних методів та прийомів. З урахуванням попереднього розділу, де алекситимія та нейротизм розглядалися як ключові предиктори психосоматичних розладів, програма акцентує увагу на корекції цих факторів через посилення емоційної усвідомленості та регуляції.

Використання арт-терапії для корекції психосоматичних розладів є особливо доцільним, оскільки цей метод дозволяє обходити вербальні бар'єри, характерні для алекситимії, та забезпечує невербальне вираження пригнічених емоцій, які часто соматизуються у тілесні симптоми. Творчий процес сприяє активації правої півкулі мозку, відповідальної за образне мислення та емоційну обробку, що допомагає клієнтам з психосоматичними порушеннями усвідомити та інтегрувати емоційний досвід, знижуючи рівень соматизованого стресу. Крім того, арт-терапія стимулює тілесну рефлексію через тактильний контакт з матеріалами (глина, фарби, пісок), сприяючи розрядці м'язових затисків та психовегетативних реакцій, що робить її ефективним інструментом у біопсихосоціальному підході до психосоматики, де емоційні конфлікти трансформуються в адаптивні патерни без прямого когнітивного тиску.

Для досягнення поставленої мети у програмі передбачено вирішення таких завдань:

- розвиток здатності до розпізнавання, диференціації та вербалізації емоційних станів;
- надання соціально прийнятних способів вираження агресивних імпульсів та негативних переживань;
- зниження рівня психоемоційної напруги, тривожності та соматизованого стресу;
- опрацювання неусвідомлюваних внутрішніх конфліктів та пригнічених почуттів;
- формування навичок саморегуляції та внутрішнього контролю;
- підвищення самооцінки та відчуття компетентності через творчий досвід;
- розвиток здатності до тілесної рефлексії та усвідомлення взаємозв'язку між емоціями і соматичними реакціями;
- налагодження довірливих, емпатійних взаємин між психологом і клієнтом [12].

Стратегія психокорекційної роботи ґрунтується на біопсихосоціальному підході, відповідно до якого психосоматичні розлади розглядаються як результат складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників. Такий підхід дозволяє забезпечити цілісне розуміння походження соматичних симптомів і спрямувати корекційну роботу не лише на редукцію окремих проявів, а й на трансформацію системи реагування особистості на стрес та емоційні навантаження.

У біологічному вимірі стратегія передбачає роботу з тілесними аспектами психосоматичних порушень, зокрема з рівнем фізіологічного напруження, порушеннями дихання, м'язовими затисками та психовегетативними реакціями. Тактичні кроки на цьому рівні включають використання елементів тілесно-орієнтованих технік, релаксаційних вправ, дихальних практик та арт-терапевтичних методів, спрямованих на підвищення тілесної усвідомленості та

зниження соматизованого стресу. Акцент робиться на формуванні здатності клієнта розпізнавати тілесні сигнали як маркери емоційних станів, а не виключно як прояви соматичної патології.

Психологічний компонент стратегії орієнтований на розвиток емоційної усвідомленості, зниження рівня алекситимії та корекцію емоційної дисрегуляції. Тактика роботи на цьому рівні полягає у поступовому переході від невербального вираження переживань до їх вербалізації, осмислення та інтеграції у свідомий досвід. Арт-терапія виступає ключовим інструментом психологічного впливу, оскільки дозволяє безпечно опрацьовувати неусвідомлювані внутрішні конфлікти, пригнічені емоції та афективні стани, які часто лежать в основі психосоматичних симптомів. Особлива увага приділяється формуванню адаптивних стратегій емоційної регуляції та внутрішнього контролю.

Соціальний компонент психокорекційної стратегії спрямований на аналіз та трансформацію міжособистісних взаємин, соціальних ролей і моделей взаємодії, які можуть підтримувати або посилювати психосоматичну симптоматику. Тактичні заходи включають групові форми роботи, які сприяють розвитку емпатії, соціальної підтримки та навичок конструктивного емоційного вираження. За необхідності програма передбачає залучення значущих інших (членів родини, партнерів) з метою психоосвіти та зниження міжособистісної напруги, що виступає фоновим чинником соматизації.

Загальна тактика психокорекційної роботи базується на принципах поетапності, індивідуального підходу та гнучкості. Корекційний процес розгортається від стабілізації емоційного і тілесного стану клієнта до глибшого опрацювання внутрішніх конфліктів та завершальної інтеграції отриманого досвіду у повсякденне життя. У ході роботи здійснюється постійний моніторинг динаміки психологічного стану та соматичних проявів із можливістю корекції стратегії відповідно до актуальних потреб клієнта.

Програма розрахована на дорослих осіб віком від 16 років із психосоматичними скаргами (серцево-судинні, шлунково-кишкові, дихальні та інші

функціональні порушення), підвищеним рівнем алекситимії, нейротизму та емоційної дисрегуляції. До участі залучаються клієнти з проявами тривожності, депресивних переживань і зниженої самооцінки за умови відсутності гострих психотичних станів та суїцидальних тенденцій.

Програма реалізується у змішаному форматі:

- індивідуальна робота – для поглибленого опрацювання особистісних конфліктів, тілесних симптомів та емоційних переживань;
- групова робота – для розвитку емоційної експресії, міжособистісної рефлексії, підтримки та нормалізації досвіду.

За необхідності передбачено елементи сімейного консультування (психоосвіта для близьких, обговорення психосоматичних механізмів).

Загальна тривалість програми становить 12–16 сесій, заняття проводяться 1–2 рази на тиждень тривалістю від 60–90 хвилин на початкових етапах до 1,5–2 годин на завершальному етапі програми.

Також, програма розробляється з урахуванням ключових принципів психокорекційної роботи, які забезпечують її системність, ефективність та адаптивність:

1. Принцип системності корекційних, профілактичних і розвиваючих задач. Забезпечує єдність трьох рівнів задач: корекційного (виправлення відхилень і порушень, вирішення труднощів), профілактичного (попередження відхилень і труднощів) та розвиваючого (оптимізація, стимулювання). Тільки така єдність гарантує успіх програми.

2. Принцип єдності корекції і діагностики. Діагностика інтегрується в корекційний процес, дозволяючи постійно моніторити динаміку змін, зокрема рівень алекситимії та нейротизму.

3. Принцип пріоритетності корекції каузального типу. Фокус на усуненні причин психосоматичних розладів, таких як алекситимія та нейротизм, а не лише симптомів.

4. Діяльнісний принцип корекції. Корекція відбувається через активну творчу діяльність клієнта в арт-терапевтичних вправах.

5. Принцип обліку віково-психологічних й індивідуальних особливостей клієнта. Програма адаптується до віку, психологічного профілю та особистісних особливостей, з урахуванням ступеня алекситимії та нейротизму.

6. Принцип комплексності методів психологічного дії. Комбінація арт-методів (ізотерапія, глинотерапія тощо) з елементами релаксації та вербалізації для впливу на емоційну регуляцію.

7. Принцип активного залучення найближчого соціального оточення до участі в корекційній програмі. Залучення родичів або значущих осіб для підтримки змін, особливо в контексті нейротичних патернів.

8. Принцип опори на різні рівні організації психічних процесів. Робота з свідомим, несвідомим та тілесним рівнями через символи та метафори для подолання психосоматичних бар'єрів.

9. Принцип програмного навчання. Послідовне навчання навичкам емоційної регуляції через структуровані етапи.

10. Принцип підвищення складності. Від простих вправ (наприклад, вільне малювання) до складних (аналіз метафоричних образів).

11. Принцип обліку об'єму і ступеня різноманітності матеріалу. Матеріали (фарби, глина) варіюються для збагачення досвіду без перевантаження.

12. Принцип обліку емоційної складності матеріалу. Початок з нейтральних тем, поступовий перехід до емоційно насичених для уникнення опору та загострення алекситимії [15].

Психокорекційна програма структурована навколо чотирьох ключових модулів, кожен з яких виконує специфічні функції в процесі відновлення психічного балансу:

1. *Діагностичний блок (2–3 сесії).* Мета: діагностика особливостей структури особистості, виявлення факторів ризику (алекситимія, нейротизм і т.д.),

формування індивідуального плану корекції. У цьому блоці можна використати наступні техніки:

Техніка «9 маленьких мандал» (мандалотерапія). Клієнту пропонують розмалювати 9 маленьких кіл, кожне з яких відповідає певній емоції (сум, гнів, злість, страх, тривога, здивування, любов, радість, задоволення), переходячи від негативних до позитивних, з подальшим створенням великої мандали з композиції маленьких. На діагностичному етапі ця техніка дозволяє оцінити рівень алекситимії через труднощі в візуалізації та диференціації емоцій, а також регуляцію емоцій через порядок і композицію (домінування негативних може вказувати на нейротизм). Обговорення локалізації емоцій у тілі та рефлексія над великою мандалою виявляє психосоматичні маркери (соматизований стрес як тілесні сигнали) та формує гіпотези для корекції шляхом посилення вербалізації та тілесної рефлексії.

Техніка «Карта емоцій» (ізотерапія). Клієнта просять перелічити якомога більше емоцій, які він переживав останнім часом та записати їх. Наступне завдання – намалювати планету емоцій і на ній відобразити всі емоції. Обов’язково слід прокласти маршрут, з початковою точкою руху. Ландшафт мають складати різноманітні емоції та почуття. На діагностичному етапі дана техніка оцінює алекситимію через обмежений набір образів або труднощі в асоціаціях, виявляє соматичні маркери та емоційний фон, що актуально для психосоматичних розладів.

Техніка «Фігурка емоцій» (піскова терапія). Клієнт обирає казкову фігурку для символізації емоції (радості, суму, здивування, страху, злості тощо) та дає їй назву і може виконувати певні дії за допомогою піску. На діагностичному етапі техніка оцінює алекситимію через труднощі в наданні характеристик емоціям. Виявляє домінуючий емоційний фон та соматичні маркери (наприклад, напруження при програванні емоції), формує гіпотези для корекції шляхом посилення менталізації емоцій.

Техніка «Емоційний атлас тіла» (ізотерапія, кольоротерапія.). Клієнту пропонують лягти на розгорнутий рулон паперу, терапевт може окреслити контури тіла. Після цього, клієнту пропонується знайти еквівалент кольору наступним

емоціям: страх, радість, сором, гнів, сум і розмалювати частини тіла, де найяскравіше проявляється та чи інша емоція. На діагностичному етапі оцінює алекситимію через обмежений діапазон або труднощі локалізації, допомагає візуалізуати напруження. Особливо ефективна для виявлення психосоматичних механізмів (соматизація як заміна вербалізації емоцій), формує гіпотези для корекції шляхом посилення тілесної рефлексії та усвідомлення емоційно-соматичного зв'язку.

2. *Настановчий блок (3–4 сесії).* Його мета полягає в тому, щоб спонукати до бажання взаємодіяти, навчити справлятися із тривожністю, підвищити впевненість клієнта в собі, формувати бажання співпрацювати з психологом та бажання покращити своє життя. Фокус на побудові довіри через прості творчі вправи для зниження нейротизму. У цьому блоці можна використати наступні техніки:

Техніка «Каракулі» (ізотерапія, музикотерапія). Клієнту вмикають музику, пропонують вслухатися в ритм та настрій і уявити образ, що відповідає мелодії, а потім зобразити його на аркуші за допомогою каракуль, ліній та крапок. Після завершення клієнта просять поглянути на малюнок і подумати на що схожа дана композиція. На настановчому етапі ця техніка доцільна завдяки поєднанню музикотерапії та ізотерапії, що швидко знімає психоемоційне та м’язове напруження, знижує тривожність і страх самовираження. Спонтанність процесу допомагає клієнту відчути свободу творчості без оцінки, формує довіру до терапевта та бажання взаємодіяти. Пошук образів у хаотичних лініях підвищує впевненість у власних ресурсах («я можу створити щось значуще з хаосу»), що мотивує до подальшої роботи та сприяє переходу від соматизованого стресу до адаптивного вираження емоцій.

Техніка «Колаж «Серце» (колажування). Клієнту пропонують наповнити аркуш вирізками із журналів, що символізують найяскравіші моменти в його житті. Важливо, щоб ці спогади включали усі вікові періоди життя клієнта. На настановчому етапі ця техніка доцільна як ресурс-орієнтований метод колажування, що акцентує увагу на позитивних переживаннях і досягненнях. Робота з готовими

зображеннями знижує тривожність (немає потреби «малювати правильно»), сприяє швидкому входженню в процес і формує відчуття безпеки. Фокус на «серці» як символі емоційного центру допомагає клієнту відчути власну цінність, підвищує самооцінку та впевненість, стимулює бажання ділитися спогадами з терапевтом (будує довіру) і мотивує до змін через усвідомлення наявних ресурсів для подолання психосоматичних проявів.

3. *Корекційний (основний, 6–8 сесій).* Мета заключається в гармонізації і оптимізації розвитку клієнта, перехід від негативної фази розвитку до позитивної, оволодіння способами взаємодії зі світом та самим собою, завдяки певним видам діяльності. Основна робота полягає в трансформації емоцій та подоланні алекситимії. У цьому блоці можна використати наступні техніки:

Техніка «Розморозка емоцій» (ізотерапія). Клієнту пропонують спочатку намалювати 5–7 емоцій (включаючи негативні), а потім символічно «розморозити» їх, приваблюючи позитивні образи та змінюючи малюнок. На корекційному етапі ця техніка доцільна для подолання алекситимії через поступовий перехід від фіксації негативних емоцій до їх трансформації, що сприяє вербалізації та контролю. Символічна «розморозка» допомагає клієнту опрацювати пригнічені почуття, знизити соматизовану напругу (через візуальну зміну образів) та перейти до позитивної фази розвитку, формуючи адаптивні способи емоційного вираження та взаємодії з внутрішнім світом.

Техніка «Плюс і мінус» (глина, колода метафоричних асоціативних карт). Клієнту пропонують поділити карти на дві групи: перша – викликає негативні емоції, друга – позитивні. Вибір зображення за модальністю емоцій здійснюється виключно за суб'єктивними критеріями клієнта. Після цього, з негативних зображень вибрати одну карту, що викликає найсильніші емоції і виліпити з пластиліну цю емоцію, а потім зробити те саме з позитивною картою і розмістити вироби поруч. На корекційному етапі ця техніка дозволяє трансформувати негативні емоційні формулювання в позитивні. Робота з метафорами сприяє глибокому опрацюванню конфліктів, зниженню нейротизму через усвідомлення ресурсів,

гармонізації «Я-концепції» та оволодінню конструктивними способами взаємодії зі світом, зменшуючи соматизацію як захисний механізм.

Техніка «Емоції навпаки» (метафоричні асоціативні карти). Клієнту пропонують вибрати ситуацію, що супроводжується негативними емоціями і обрати у відкриту три карти, що відображають емоційний стан до події, під час та у даний момент. Потім запам'ятати вибрані карти, перевернути та перемішати і знову розкласти в лінію перед собою. Після цього відкривати кожну карту і співставляти з озвученими емоціями. На корекційному етапі ця техніка доцільна для розвитку емоційної регуляції через рефлексивний аналіз та пошук ресурсів у негативних станах. Перевертання карт символізує зміну перспективи, допомагає клієнту опрацювати пригнічені емоції, перейти від негативної фази до позитивної, сформувати нові способи реагування на стрес та знизити психосоматичні прояви через усвідомлення альтернативних емоційних реакцій.

4. *Блок оцінки ефективності корекційних дій (2–3 сесії).* Його мета полягає у вимірі психологічного змісту і динаміки реакцій, сприянні появі позитивних поведінкових реакцій і переживань, стабілізація позитивної самооцінки. Включає аналіз змін у рівні алекситимії та нейротизму. У цьому блоці можна використати наступні техніки:

Техніка «Створення маски» (маскотерапія). Клієнту пропонується створити маску, яка символізує зовнішній образ «Я» (Персону), що презентується світу, з подальшим рефлексивним аналізом її особливостей, страхів і бажань. На етапі оцінки ефективності ця техніка доцільна як спосіб узагальнення змін у самоідентифікації та самопрезентації. Порівняння маски, створеної на початку програми (якщо така була), з новою дозволяє клієнту візуально побачити трансформацію: менш закриті риси (очі, рот), яскравіші кольори, менша кількість захисних елементів свідчать про зниження алекситимії та нейротизму, зростання довіри до себе та світу. Рефлексія над питаннями («Що маска хоче показати?», «Від чого захищає?») сприяє стабілізації позитивної самооцінки, усвідомленню власної

багатогранності та інтеграції нових способів взаємодії з оточенням у повсякденному житті.

Техніка «Я-супергерой» (ізотерапія). Клієнту пропонується намалювати супергероя на якого він хотів би бути схожим, описати його суперсилами, ім'я тарозказати, як він застосовує ці сили в житті. На етапі оцінки ефективності ця техніка доцільна для закріплення ресурсів та мотивації до змін. Малюнок супергероя з чітко вираженими сильними сторонами (які клієнт раніше не усвідомлював або недооцінював) демонструє зростання самооцінки та впевненості. Рефлексія над питаннями («Які суперсили Ви вже використовуєте в житті?», «Як Ви можете застосовувати їх надалі?») допомагає інтегрувати отримані в програмі навички емоційної регуляції та самопідтримки в реальність, сприяє появі позитивних поведінкових реакцій і формує план самостійної підтримки після завершення програми.

У процесі реалізації програми передбачається постійний моніторинг психологічного стану клієнтів, аналіз динаміки емоційних і соматичних проявів, а також можливість внесення змін до змісту та темпу роботи відповідно до індивідуальних потреб.

Для проведення занять використовуються папір різного формату, фарби, олівці, фломастери, пластилін або глина, журнали для колажу, музичний супровід, килимки для тілесних вправ, а також безпечний і комфортний простір для творчої діяльності.

Підсумовуючи, розроблена програма є структурованим, поетапним психокорекційним комплексом на основі арт-терапії, орієнтованим на корекцію алекситимії та нейротизму як ключових факторів психосоматичних розладів. Чотири модулі забезпечують послідовний перехід від діагностики та мотивації до глибокої трансформації емоційної сфери та інтеграції змін у повсякденне життя, з акцентом на невербальне вираження, тілесну рефлексію та ресурс-орієнтованість. Використання технік гарантує практичну цінність і наукову обґрунтованість,

сприяючи зниженню стресу, підвищенню емоційної регуляції та загальному відновленню психічного балансу в біопсихосоціальному контексті.

3.3. Психологічні рекомендації особам з психосоматичними розладами

Психосоматичні розлади являють собою стани, при яких психологічні фактори, такі як стрес, емоційні конфлікти та тривожність, безпосередньо впливають на фізичні симптоми організму, призводячи до розвитку або загострення соматичних захворювань (наприклад, гіпертонічної хвороби, бронхіальної астми, виразкової хвороби шлунка чи нейродерміту). Важливість психологічних рекомендацій полягає в комплексному підході до лікування, де психотерапевтична робота доповнює медикаментозну терапію, сприяючи відновленню психоемоційної стабільності та покращенню адаптації до стресових ситуацій. Нижче наведено ключові психологічні рекомендації, які ґрунтуються на сучасних терапевтичних підходах.

Основою лікування є психотерапія, яка дозволяє усвідомити та переробити непрожиті емоції, скоригувати когнітивні викривлення, змінити деструктивні реакції на симптоми та знайти альтернативні способи задоволення потреб. Найефективнішими вважаються когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), гештальт-терапія, психодрама, схема-терапія та арт-терапія. Для випадків, пов'язаних з травмами (зокрема дитинства), рекомендується терапія десенсибілізації та переробки рухами очей (EMDR). Цей метод використовує білатеральну стимуляцію (рухи очей, таппінг чи аудіостимули) для переробки травматичних спогадів, зменшення поточного дистресу та формування адаптивних асоціацій. Протокол EMDR включає три основні етапи: роботу з минулими травмами, десенсибілізацію актуальних тригерів та візуалізацію бажаного майбутнього поведінки. Інтеграція EMDR з діагностичними інструментами дозволяє персоналізувати терапію та моніторити прогрес.

Психотерапія також може допомогти навчитися конструктивно виражати емоції, уникати їх пригнічення, ефективно вирішувати проблеми, розвиваючи навички аналізу ситуацій, постановки цілей та пошуку конструктивних рішень, це сприяє зменшенню відчуття безпорадності, яке часто посилює психосоматичні

симптоми. Крім того, важливим елементом є формування адаптивних копінг-стратегій – здорових способів подолання стресу, що сприяють здоровій адаптації, на відміну від дезадаптивних (наприклад, уникнення проблем, заїдання стресу чи зловживання речовинами). Приклади адаптивних стратегій включають проблемно-орієнтований копінг (спрямований на вирішення самої проблеми, яка викликала стрес), емоційно-орієнтований копінг (спрямований на зниження емоційного дискомфорту, пов'язаного зі стресом) та соціально-підтримуючий копінг (включає пошук підтримки та розмову з друзями, родиною або фахівцями для отримання порад та підтримки у стресовій ситуації) [62]. У психотерапії ці стратегії практикуються через рольові ігри, домашні завдання та обговорення реальних ситуацій, що допомагає пацієнтам замінити шкідливі патерни на корисні, зменшуючи соматичні прояви стресу.

Додатково, ефективними є методи релаксації, такі як медитація (усвідомленості, концентрації уваги, любові та доброти і т.д.), йога (аштанга, Кріпалу, Кундаліні, Сівананда і т.д.) та дихальні вправи (4-7-8, метод Папворта, діафрагмальне дихання, дихання «квадратом» і т.д.), які допомагають зменшити рівень гормонів стресу (адреналіну, кортизолу) та покращити навички управління стресом. Рекомендується використовувати прогресивну м'язову релаксацію за Джейкобсоном (почергове напруження та розслаблення м'язів), щоб навчитися відчувати глибокий релакс після напруги, ефективно знімаючи стрес та тривогу через усвідомлену увагу до тіла. Ароматерапія з ефірними оліями (лаванда, розмарин і т.д.) та трав'яні чаї (м'ята, чебрець і т.д.) можуть також слугувати допоміжними засобами для зняття напруги, але їх застосування повинно узгоджуватися з лікарем або психотерапевтом для виключення фізіологічних причин симптомів. Регулярна практика цих методів, наприклад, 10-15 хвилин щодня, може значно зменшити симптоми психосоматичних розладів. У випадках хронічних розладів рекомендується залучення сім'ї та оточення до психотерапевтичної роботи для посилення соціальної підтримки, що сприяє кращій адаптації та зменшенню ізоляції.

Значну роль відіграють спосіб життя та профілактичні заходи. Регулярна фізична активність є потужним засобом для покращення загального самопочуття, підвищення рівня енергії та посилення м'язової сили. Регулярна активність, така як ходьба, біг, плавання чи пілатес, сприяє вивільненню ендорфінів, що природним чином піднімають настрій і створюють відчуття задоволення [44]. Вони також покращують якість сну, допомагаючи організму відновлюватися ефективніше, та розвивають витривалість, роблячи повсякденні завдання легшими. Крім того, заняття спортом сприяють кращій координації рухів, гнучкості тіла та впевненості в собі, дозволяючи людям відчувати себе більш активними та мотивованими в житті. Рекомендується щонайменше 150 хвилин помірної аеробної активності на тиждень, адаптованої до індивідуального стану здоров'я [44]. Участь у спорті, особливо командних видах, пов'язана з кращим психічним здоров'ям, включаючи вищий рівень самооцінки та задоволеності життям, а також нижчий рівень депресії, тривоги та стресу, що є критичним для профілактики психосоматичних проявів. Командні види спорту, такі як баскетбол чи футбол, забезпечують додаткові переваги через соціальні механізми, як-от підтримка та почуття приналежності до певної соціальної групи.

Здорове харчування відіграє важливу роль у підтримці психічного здоров'я та профілактиці психосоматичних розладів, впливаючи на запалення, оксидативний стрес та вісь кишечник-мозок. Дослідження показують, що раціон, багатий на антиоксиданти, омега-3 жирні кислоти, вітаміни групи B, цинк, магній та вітамін D, допомагає зменшити симптоми стресу, тривоги та депресії, сприяючи нейрогенезу, зниженню кортизолу та покращенню мікробіому кишечника [59]. Середземноморська дієта, яка включає овочі, фрукти, горіхи, цільні зерна, оливкову олію та морепродукти, асоціюється зі зниженням ризику депресії на 28% та уповільненням когнітивного занепаду, тоді як ультраоброблені продукти та надмірний цукор посилюють запалення та психосоматичні прояви [58]. Рекомендується вживання пробіотиків для регуляції нейромедіаторів, таких як ГАМК та серотонін та уникнення прозапальних продуктів, як фастфуд та тваринні

жири, для загального покращення емоційної стабільності та імунної резистентності. Слід практикувати свідоме харчування для запобігання емоційному переїданню.

Сон є критичним для відновлення нервової системи, регуляції кортизолу та запобігання хронічної втоми, яка посилює психосоматичні симптоми, тому важливо забезпечити 7-9 годин якісного сну щодня. Рекомендується дотримуватися гігієни сну: приглушувати яскраве світло за 1-1,5 години до сну, спати в повній темряві та тиші; провітрювати спальню перед сном; уникати ситної вечері за 3-4 години до сну, віддаючи перевагу легкій їжі без солодкого, гострого, жирного чи кофеїновмісних напоїв, а натомість випити теплої води; обмежити екранний час, відмовившись від гаджетів за 30-60 хвилин до сну, щоб не перешкоджати виробленню мелатоніну; одягати комфортний одяг для сну з натуральної тканини; включати фізичну активність протягом дня, але завершувати інтенсивні тренування за кілька годин до сну; запроваджувати ритуали розслаблення, такі як медитація, дихальні вправи, самомасаж, читання паперової книги чи тепла ванна; дотримуватися стабільного режиму, лягаючи та встаючи в один і той самий час, з різницею не більше години у вихідні; якщо сон не настає за 20 хвилин, можна зайнятися спокійною діяльністю, як читання чи прослуховування заспокійливої музики, і повернутися до ліжка при відчутті втоми, створюючи комфортне середовище для нормалізації циркадних ритмів [13].

Комплексний підхід до психосоматичних розладів, що поєднує психотерапію, освоєння адаптивних копінг-стратегій, методи релаксації, здорове харчування, фізичну активність та якісний сон, дозволяє не лише зменшити соматичні симптоми, але й досягти глибокої психоемоційної стабільності. Регулярна практика рекомендованих технік і змін у способі життя дає пацієнтам інструменти для самостійного управління стресом, підвищує резистентність до психологічних навантажень і значно покращує якість життя. Важливо пам'ятати, що найкращі результати досягаються за умови співпраці з кваліфікованими фахівцями та індивідуального підбору методів.

Висновки до третього розділу

Розділ присвячено комплексному аналізу психологічної корекції особистісних структур у осіб з психосоматичними розладами, де ключовими предикторами виступають алекситимія та нейротизм. Теоретико-методологічні засади підтверджують доцільність біопсихосоціального підходу, який розглядає соматичні симптоми як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів, опосередкованих дезадаптивними особистісними характеристиками. Психологічна корекція, на відміну від глибинної психотерапії, має цілеспрямований і структурований характер, фокусуючись на розвитку емоційної усвідомленості, символізації афектів та зниженні внутрішніх конфліктів. Інтеграція психодинамічного, когнітивно-поведінкового, гуманістично-екзистенційного та тілесно-орієнтованого напрямів, з особливим акцентом на арт-терапію, дозволяє ефективно працювати з невербальними проявами емоцій, обходячи бар'єри алекситимії та знижуючи соматизацію.

У підрозділі 3.2 представлено зміст і структуру розробленої психокорекційної програми на основі арт-терапії, яка є інноваційним і науково обґрунтованим інструментом подолання психосоматичних розладів. Програма, розрахована на 12–16 сесій у індивідуальному, груповому чи змішаному форматі, структурована за чотирма модулями (діагностичний, настановчий, корекційний та оцінки ефективності) і ґрунтується на принципах системності, поетапності, індивідуального підходу та комплексності методів. Використання арт-терапевтичних технік (мандалотерапія, ізотерапія, глинотерапія, колажування, маскотерапія тощо) забезпечує безпечне невербальне вираження пригнічених емоцій, трансформацію негативних патернів, розвиток тілесної рефлексії та формування адаптивних стратегій емоційної регуляції. Програма орієнтована на корекцію каузальних факторів — алекситимії та нейротизму через активну творчу діяльність, що сприяє зниженню психоемоційної напруги, підвищенню самооцінки та інтеграції змін у повсякденне життя.

Практичні психологічні рекомендації доповнюють корекційний процес, акцентуючи на комплексному підході, що поєднує психотерапію (КПТ, гештальт-терапію, EMDR, арт-терапію), освоєння адаптивних копінг-стратегій, методи релаксації, регулярну фізичну активність, здорове харчування та гігієну сну. Ці заходи не лише зменшують соматичні прояви, але й підвищують резистентність до стресу та загальну психоемоційну стабільність.

Отже, психологічна корекція особистісних структур при психосоматичних розладах є ефективним компонентом комплексного лікування, що дозволяє перейти від соматизації емоцій до їх усвідомленого та конструктивного опрацювання. Розроблена арт-терапевтична програма та супутні рекомендації надають практичні інструменти для фахівців і клієнтів, сприяючи зниженню ризику хронізації розладів, відновленню психічного балансу та підвищенню якості життя. Подальші емпіричні дослідження ефективності програми дозволять підтвердити її практичну цінність і внести необхідні корективи.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі здійснено комплексне теоретичне та емпіричне дослідження психологічних особливостей структури особистості осіб із психосоматичними розладами, що дозволило досягти поставленої мети та розв’язати визначені завдання дослідження.

У результаті теоретико-методологічного аналізу наукових джерел встановлено, що структура особистості в сучасній психології розглядається як багатовимірне, динамічне та ієрархічно організоване утворення, яке формується у взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. У межах різних психологічних підходів по-різному акцентується роль емоційної регуляції, когнітивних процесів, смислових утворень та несвідомих механізмів, однак спільним є визнання цілісності особистості та її включеності у ширший контекст життєдіяльності.

Показано, що в межах біопсихосоціального підходу особистість розглядається як цілісна система, у якій порушення взаємодії між біологічним, психологічним і соціальним рівнями функціонування може призводити до виникнення соматичних симптомів. Психосоматичні розлади інтерпретуються не лише як медична проблема, а як складний багатофакторний феномен, що відображає тілесну репрезентацію хронічного психоемоційного напруження, непрожитих або недостатньо усвідомлених психологічних конфліктів в умовах значущого соціального впливу.

Теоретичний аналіз дозволив виокремити ключові психологічні характеристики, притаманні особам із психосоматичними розладами, серед яких провідне місце посідають алекситимія та нейротизм. Обґрунтовано, що труднощі в усвідомленні, диференціації та вербалізації емоцій у поєднанні з підвищеною емоційною нестабільністю створюють передумови для соматизації психічного напруження та формування стійких тілесних симптомів.

За результатами емпіричного дослідження підтверджено наявність взаємозв’язку між особливостями структури особистості та схильністю до психосоматичних проявів. Виявлено, що особи з психосоматичними розладами характеризуються специфічною конфігурацією особистісних показників, яка

відображає дисбаланс між емоційною сферою, когнітивним контролем і тілесною реактивністю. Отримані емпіричні дані узгоджуються з сучасними теоретичними уявленнями про психосоматичні механізми та підтверджують доцільність розгляду психосоматичних розладів у межах біопсихосоціальної моделі.

На основі результатів теоретичного й емпіричного дослідження розроблено програму психологічної корекції особистісних структур, пов'язаних із виникненням і проявом психосоматичних розладів, із використанням методів арт-терапії. Обґрунтовано, що арт-терапія як інтегративний метод психологічної допомоги сприяє відновленню емоційно-тілесної інтеграції, зниженню рівня внутрішньої напруги, розвитку здатності до усвідомлення, символізації та регуляції емоційного досвіду.

Показано, що застосування арт-терапевтичних методів у межах біопсихосоціального підходу сприяє підвищенню рівня рефлексії, емоційної усвідомленості та гнучкості особистісної структури, що, у свою чергу, знижує інтенсивність психосоматичних симптомів і підвищує адаптаційний потенціал особистості. Це підтверджує доцільність використання арт-терапії у психологічній корекції осіб із психосоматичними розладами як у клінічній, так і в консультативній практиці.

Практичне значення результатів дослідження полягає у можливості їх використання в діяльності клінічних психологів, психотерапевтів та медичних працівників для поглибленої психодіагностики, планування та реалізації психокорекційних програм, а також у психоосвітній роботі з особами, які мають психосоматичні розлади.

Отже, проведене дослідження підтверджує, що психосоматичні розлади тісно пов'язані з особливостями структури особистості, а їх ефективна психологічна корекція потребує системного інтегративного підходу, спрямованого на відновлення цілісності взаємодії біологічних, психологічних і соціальних компонентів функціонування особистості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алекситимія як чинник соматизації психологічних проблем // Проблеми сучасної психології. 2020. Вип. 50. С. 134–154.

2. Асанова А., Мухаровська І. Дослідження психічних феноменів в структурі хронічного болю: депресія, тривога, катастрофізація. Огляд літератури // Психосоматична медицина та загальна практика. 2023. Т. 8, № 4.

3. Асанова А., Хаустова О. Психолого-психіатричний погляд на лікування хронічного болю // Психосоматична медицина та загальна практика. 2024. Т. 9, № 3.

4. Асанова А., Хаустова О. Психолого-психіатричний погляд на лікування хронічного болю // Ukrainian Medical Journal. 2025.

5. Богута Х. Р., Фільц О. О., Закаль Ю. П. Досвід застосування арт-терапії в умовах психіатричного стаціонару // Форум психіатрії і психотерапії. Львів, 2000. Т. 2. С. 42–44.

6. Бондаренко Н. Б. Гуманістична парадигма та біопсихосоціальний підхід як базовий у соціальній підтримці осіб із проблемами психічного здоров’я // Габітус. 2024. Вип. 66. С. 87–92.

7. Вознесенська О. Особливості арт-терапії як методу // Психолог. 2005. № 39. С. 5.

8. Воробйова О. В., Шульгіна І. П., Єрмаков П. М. Вплив ретроспективної оцінки материнського стилю виховання, реалізованого в дитинстві, на прояви алекситимії та емпатії у молоді // Психологічний журнал. 2015. Т. 12, № 3. С. 114–133.

9. Винник М. І., Вітенко І. С. та ін. Основи психодинамічної діагностики і психотерапії: навч. посіб. Івано-Франківськ : Місто НВ, 2006.

10. Всесвітня організація охорони здоров’я. Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов’язаних зі здоров’ям. 10-й перегляд (МКХ-10) : електронна версія. URL: https://icd.who.int/browse10/2019/en (дата звернення: 05.08.2025).

11. Всесвітня організація охорони здоров’я. Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) : електронна версія. URL: https://icd.who.int/ (дата звернення: 09.11.2025).

12. Віктор Франкл: психолог, що знайшов сенс життя : Gas for Mind. URL: https://www.gasformind.com/victor-frankl/ (дата звернення: 05.11.2026).

13. Вісім порад для здорового сну: moz.gov.ua. URL: https://moz.gov.ua/uk/visim-porad-dlja-zdorovogo-snu (дата звернення: 05.11.2026).

14. Гіппократ: Фармацевтична енциклопедія. URL: https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/16651/gippokrat-hippocrates (дата звернення: 05.01.2026).

15. Грандт В. В. Чинники появи психосоматичного симптому в юнацькому віці // Актуальні проблеми сучасної психології та педагогіки в умовах викликів сьогодення: колективна монографія / за ред. О. М. Кульчицької. Івано-Франківськ, 2024. С. 43–59.

16. Гуманістична психологія: від історії зародження до критики : Gas for Mind. URL: https://www.gasformind.com/humanistychna-psykholohiya/ (дата звернення: 07.10.2025).

17. Дзеружинська Н., Руденко Є. Біопсихосоціальний підхід до аналізу самоушкоджуючої поведінки у осіб молодого віку // Психіатрія і психофармакотерапія. URL: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/607 (дата звернення: 08.10.2025).

18. Дрозд О. В., Олійніченко К. І. Можливості психологічної корекції алекситимії в молоді // Габітус. 2024. Вип. 66. С. 87–92.

19. Елбрехт К. Исцеление травмы в «поле глины»: сенсомоторный подход в арт-терапии. К. : Дипак, 2016. 376 с.

20. Енциклопедичний словник з арт-терапії / О. Л. Вознесенська, О. М. Скнар, О. А. Бреусенко-Кузнєцов, О. О. Деркач, Л. В. Мова та ін. ; за заг. наук. ред. О. Л. Вознесенської, О. М. Скнар. К. : Видавець ФОП Назаренко Т. В., 2017. 312 с.

21. Ісаков Р. І. Психосоматична патологія. Київ : Медицина, 2018. 320 с.

22. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії : навч. посіб. Львів, 2020. 168 с.

23. Керик О. Професійне вигорання та прояви вторинної травми у фахівців системи «людина – людина» // Проблеми гуманітарних наук. Психологія. 2013. Вип. 31. С. 64–72.

24. Квасніцький М. Медико-соціальні аспекти пізнання болю // Клінічна та профілактична медицина. 2024. № 5. С. 132–140.

25. Климків Р., Кульматицький А., Білобрин М. Посттравматичний стресовий розлад у ветеранів: інноваційні методи терапії та профілактики // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2025. № 27. С. 37–47.

26. Коробіцина М. Б. Клініко-психологічні аспекти алекситимічної психалгії // Наука і освіта. 2010. № 9. С. 135–138.

27. Макнифф Ш. Творчество за рамками привычного: расширение возможностей психологических исследований с помощью искусства // Исцеляющее искусство: журнал арт-терапии. 2002. Т. 5, № 2. С. 8–25.

28. Мате Ґ. Коли тіло каже «ні»: ціна прихованого стресу / пер. з англ. Київ: Наш формат, 2021. 400 с.

29. Мидгард А. Глинотерапия. URL: https://psychologytoday.ru/stories/art-terapiya/glinoterapiya/ (дата звернення: 05.11.2025).

30. Мітіна С. В. Психологія особистості : навч.-метод. посіб. Київ : Ліра-К, 2020. 274 с.

31. Накезава Д. Дж. Уламки дитячих травм: як пережите в дитинстві впливає на здоров’я в дорослому віці / пер. з англ. Київ : Видавництво Старого Лева, 2022. 352 с.

32. Негрич Н. та ін. Сучасні аспекти В-лімфоцитів у патогенезі розсіяного склерозу: використання В-клітинних біомаркерів у клінічній практиці // Міжнародний неврологічний журнал. 2017. № 3 (89). С. 38–44.

33. Осіпов В. Програма підготовки клінічних психологів у контексті реформування сфери охорони здоров’я // Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія». 2024. № 1. С. 125–133.

34. Осіпов В. Психологічні аспекти розвитку хронічного больового синдрому // Наукові інновації та передові технології. 2025. № 4(44).

35. Овдій М. О., Коршак В. М. Хронічний біль у попереку: погляд на проблему з позицій біопсихосоціальної моделі: аналітичний огляд наукової літератури // Україна. Здоров’я нації. 2025. № 1 (79). С. 134–136.

36. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М.: Медицина, 1996. 464 с.

37. Пезешкиан Н., Пезешкиан Х. Позитивная психотерапия – транскультуральный и междисциплинарный поход // Обозрение психиатрии и медицинской психологи им. В. М. Бехтерева. 1993. № 4. С. 63–75.

38. Підлубний В. Л. Біопсихосоціальні чинники впливу на якість життя та соціальне функціонування працівників промисловості // Діагностика та лікування психічних та наркологічних розладів. 2015. № 4 (85). С. 68–72.

39. Поліщук Н. Є. Біопсихосоціальна модель допомоги: основні принципи діагностики та лікування // Neuronews: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2013. № 6. С. 123–126.

40. Полянський О. І., Биковська Л. І. Алекситимія у сучасної молоді: особливості проявів у студентів технічних і гуманітарних напрямів підготовки // Горизонти гуманітарного знання. 2020. № 2. С. 24–30.

41. Протокол надання медичної допомоги хворим на соматоформні розлади : guidelines.moz.gov.ua. URL: https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3504 (дата звернення: 09.11.2025).

42. Роджерс К. Становление личности: Взгляд на психотерапию / пер. с англ. М.: ЭКСМО-пресс, 2001. 414 с.

43. Сімко Р. Т., Сімко А. В. Теорії особистості : навч. посіб. Кременчук, 2008. 138 с.

44. Смик А. В., Маркова Е. В., Вотчин С. Новий перспективний підхід до психологічної корекції алекситимії при бронхіальній астмі // Медико-нейропсихологічний консиліум. 2015. № 1 (50). С. 56–63.

45. Сондак Н. Р. Психологічні особливості емоційного інтелекту в осіб з вираженими психосоматичними скаргами: монографія. Київ, 2021. 316 с.

46. Тименко О. В., Коротаєва О. В. Алекситимія як маркер формування негативних психічних реакцій в умовах соціальної нестабільності. Київ, 2018. 125 с.

47. Франкл В. Человек в поисках смысла / пер. з англ. і нім. ; заг. ред. Л. Я. Гозмана, Д. А. Леонтьєва. М. : Прогресс, 1990. 368 с.

48. Фройд З. Психология бессознательного. М. : Просвещение, 1989. 448 с.

49. Фройд З. Вступ до психоаналізу. Нові висновки / пер. з нім. Київ : Yakaboo, 2020. 552 с.

50. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування). Київ : Медкнига, 2005. 96 с.

51. Шмуклер А. Б. Проблема использования понятия «качества жизни» в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. № 1. С. 100–105.

52. Янкина М. Е. «Глиняное поле»: психотерапевтические ресурсы глинотерапии. URL: https://psy.su/feed/4781/ (дата звернення: 05.11.2025).

53. Alexander F. Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications. New York : W. W. Norton & Company, 1950. 346 p.

54. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Washington, DC : American Psychiatric Publishing, 2013. 991 p.

55. Alexithymia and psychosomatic disorders // Noropsikiyatri Arsivi. 2015. Vol. 52. P. 65–69.

56. Art Therapy Space : Collection of Scientific Articles. Kharkiv, 2022. Issue 32(2). 120 p.

57. Bugental J. F. T. The Third Force in Psychology // Journal of Humanistic Psychology. 1964. Vol. 4, No. 1. P. 19–25.

58. Cameron K., Ogrodniczuk J., Hadjipavlou G. Changes in alexithymia following psychological intervention: A review // Harvard Review of Psychiatry. 2014. Vol. 22, No. 3. P. 162–178.

59. Deter H.-C. The European Network on Psychosomatic Medicine (ENPM) – history and future directions // BioPsychoSocial Medicine. 2017. Vol. 11. Art. 3.

60. Fava G. A., Sonino N. Psychosomatic Medicine: Emerging Trends and Perspectives // Psychotherapy and Psychosomatics. 2000. Vol. 69. P. 184–197.

61. Freyberger H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia // Psychotherapy and Psychosomatics. 1997. No. 28. P. 337–342.

62. Goerlich K. S. The Multifaceted Nature of Alexithymia: A Neuroscientific Perspective // Frontiers in Psychology. 2018.

63. Johnson S. et al. Biopsychosocial approaches for the management of female chronic pelvic pain: a systematic review // BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2024.

64. Krystal H. Integration and Self-Healing: Affect, Trauma, and Alexithymia. Hillsdale : Analytic Press, 1988. 198 p.

65. Lawn T. et al. Beyond biopsychosocial: the keystone mechanism theory of pain // Brain, Behavior, and Immunity. 2023.

66. Maslow A. H. A Theory of Human Motivation // Psychological Review. 1943. Vol. 50. P. 370–396.

67. Meijer-Degen F., Lansen J. Alexithymia – A challenge to art therapy // The Arts in Psychotherapy. 2006. Vol. 33, No. 3. P. 167–179.

68. Nunes da Silva A. Developing Emotional Skills and the Therapeutic Alliance in Clients with Alexithymia // Psychopathology. 2021. Vol. 54, No. 6. P. 282–290.

69. Rogers C. R. Significant aspects of client-centered therapy // American Psychologist. 1946. Vol. 1. P. 415–422.

70. Savytska O. Art Therapy as a Means of Psychological Correction of Emotional Disorders // Brain. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience. 2022. Vol. 13, No. 4. P. 196–211.

71. Sifneos P. E. Alexithymia: Past and Present. New York : American Psychiatric Press, 1996. 180 p.

72. Taylor G. J., Bagby R. M., Parker J. D. A. The alexithymia construct: A potential paradigm for psychosomatic medicine // Journal of Psychosomatic Research. 2003. Vol. 55. P. 269–275.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета для виявлення психосоматичних розладів (для дорослих)

(©Чабан О.С., Хаустова О.О.)

Анкета для виявлення психосоматичних розладів призначена для скринінгового дослідження та виявлення психічних порушень у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями, яка включає в себе різноманітні питання про стан здоров'я протягом останніх 2 тижнів.

Скринінгове тестування (I етап)

Інструкція: відмічає пацієнт. Відмітьте, будь ласка, твердження, яке відповідає Вашому настрою як мінімум протягом останніх 2-ох тижнів. Будьте відверті у своїх відповідях.

Текст опитувальника:

Твердження	так (+) ні (–)
У мене буває поганий настрій, відчуття безнадії	
Я часто буваю нестерпним і дратівливим	
Я з песимізмом дивлюсь у майбутнє	
Я занадто занурений у спогади про минуле	
Я втратив інтерес до своєї зовнішності	
У мене поганий і неспокійний сон	
Мене відвідують тривожні думки і страхи	
Я уникаю обставин, пов'язаних зі стресом	
У мене постійна психічна та фізична втома	
Мені легко зіпсувати апетит	
Я намагаюся перебороти хворобу, працювати як колись і навіть більше	
Я не вірю в успіх лікування	
Через свою хворобу я втратив інтерес до справ і близьких людей	
Я не задоволений своїм сексуальним життям	
Я надаю перевагу самотності	
Хвороба робить моє майбутнє сумним і нудним	
Я не задоволений своїм становищем у суспільстві	
Я нездатен планувати майбутнє	
У мене є постійне бажання відчувати себе цінованим	
Мені властива нерішучість	
Я боюся лишатися на самоті	
Оточення не розуміє моєї хвороби і моїх страждань	
Я часто нервую	
Я став частіше плакати	

Обробка результатів: при 6 і більше стверджувальних відповідях, пацієнт переходить до другого етапу дослідження (шкали самооцінки депресії та тривоги).

Додаток Б

TAS-20	Цілком не погоджуюся	Певною мірою не погоджуюся	Важко сказати	Певною мірою погоджуюся	Цілком погоджуюся
1. Я часто не розумію, яку емоцію відчуваю	1	2	3	4	5
2. Мені важко знайти правильні слова, щоб описати свої почуття	1	2	3	4	5
3. У мене є фізичні відчуття, які навіть лікарі не розуміють	1	2	3	4	5
4. Я можу легко описати свої почуття	1	2	3	4	5
5. Я волію аналізувати проблеми, а не просто їх описувати	1	2	3	4	5
6. Коли я засмучуюсь, я не знаю, що відчуваю: смуток, страх чи злість	1	2	3	4	5
7. Мене часто спантеличують відчуття в тілі	1	2	3	4	5
8. Я вважаю за краще просто дозволяти речам відбуватися, аніж розуміти, чому все сталося саме так	1	2	3	4	5
9. У мене є почуття, які я не можу точно визначити	1	2	3	4	5
10. Важливо дослухатися до почуттів	1	2	3	4	5
11. Мені важко описати, як я ставлюся до людей	1	2	3	4	5
12. Інші люди просять мене більше описувати свої почуття	1	2	3	4	5
13. Я не знаю, що відбувається в моєму внутрішньому світі	1	2	3	4	5
14. Я часто не знаю, чому серджуся	1	2	3	4	5
15. Мені краще говорити з людьми про їхні повсякденні справи, ніж про почуття	1	2	3	4	5
16. Я надаю перевагу «легким» розважальним шоу, а не психологічним драмам	1	2	3	4	5
17. Мені важко говорити про потаємні почуття навіть з близькими друзями	1	2	3	4	5
18. Я можу відчути близькість з іншою людиною, навіть коли ми мовчимо	1	2	3	4	5
19. Я вважаю, що аналіз власних почуттів є корисним у вирішенні особистих проблем	1	2	3	4	5
20. Пошук прихованого сенсу в фільмах чи виставах відволікає від насолоди ними	1	2	3	4	5

Додаток В

Методика вивчення темпераменту

Опитувальник Г.Айзенка

розроблена Г. Айзенком
(Практикум по экспериментальной и прикладной психологи: учеб. пособие / Л.И. Вансовская, В.К. Гайда, В.К. Гербачевский и др.; под ред.. А.А. Крылова. – Л.: Издательство Ленинградского университета, 1990)
і модернізована к.п.н., проф.. М.С. Янцуром

ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.

Інструкція

"На поставленні питання ти повинен відповісти "так" або "ні", записавши свою відповідь поруч з номером запитання у "Бланку відповідей" знаком "+" або "-". Не потрібно гаяти багато часу на обмірковування питань. Дай ту відповідь, яка перша прийшла в голову. Відповідай на всі питання підряд, нічого не пропускай. Точно і правильно вивчити свій темперамент ти можеш при умові, що відповіді будуть щирі. Коментувати питання не варто.

Опитувальник Г.Айзенка

1. Ви часто відчуваєте потяг до нових вражень, бажання відчути збудження?
2. Чи часто Ви відчуваєте потребу в друзях, які Вас розуміють, можуть підбадьорити і втішити?
3. Чи вважаєте Ви себе безтурботною людиною?
4. Чи правда, що Вам дуже важко відповісти "Ні"?
5. Чи обмірковуєте Ви свої справи не поспішаючи, чи віддаєте Ви перевагу тому, щоб почекати перед тим, як діяти?
6. Ви завжди стримуєте свої обіцянки, не зважаючи на те, що Вам це не завжди вигідно?
7. Чи часто у Вас бувають спади і підйоми настрою?
8. Взагалі Ви дієте і розмовляєте швидко, без запинок для обмірковування?
9. Чи виникало у Вас коли-небудь почуття, що Ви "нещасна людина", хоча ніякої вагомої причини для цього не було?
10. Чи зробили б Ви все, будь-що, на спір?
11. Чи виникає у Вас почуття невпевненості та сорому, коли хочете зав'язати розмову з симпатичною (ним) незнайомкою (цем)?
12. Чи буває коли-небудь, що Ви сердитесь, виходите з себе?
13. Чи часто Ви дієте під впливом тимчасового настрою?
14. Чи часто Ви хвилюєтесь із-за того, що зробили або сказали щось таке, чого не слід було робити або говорити?
15. Чи віддаєте Ви перевагу книжкам над зустрічами з людьми?
16. Чи правда, що Вас легко образити?
17. Ви любите часто бувати в компаніях?
18. Чи бувають у Вас такі думки, що Ви хотіли б приховати від інших?
19. Чи правда, що Ви часом повні енергії так, що все горить у руках, а часом зовсім в'ялі?
20. Чи хотіли б Ви, щоб у Вас було друзів менше, але щоб вони були дуже близькими?
21. Чи часто Ви мрієте?
22. Коли на Вас кричать, Ви відповідаєте тим же?
23. Чи часто Вас хвилює відчуття провини?
24. Чи всі Ваші звички хороші та Бажані?
25. Чи здатні Ви дати волю своїм почуттям і повеселитись у галасливій компанії?
26. Чи рахуєте Ви себе людиною збудливою і вразливою?
27. Чи вважають Вас людиною жвавою і веселю?
28. Після того, як справа зроблена, чи часто Ви подумки повертаєтесь до неї, гадаєте, що можна було б зробити краще?
29. Ви, як правило, мовчите, коли знаходитесь в компанії інших людей?
30. Буває так, що Ви інколи переказуєте плітки чи чутки?
31. Буває таке, що Вам не спиться через те, що різні думки лізуть у голову?

32. Якщо Ви хочете дізнатись про що-небудь, то Ви скоріше прочитаєте про це в книжці, ніж запитаєте?
33. Чи буває у Вас сильне серцебиття?
34. Чи подобається Вам робота, яка вимагає від Вас постійної уваги?
35. Чи бувають у Вас приступи сильного тремтіння?
36. Якщо б Ви знали, що сказане Вами ніколи не буде розголошено, Ви б завжди висловлювались у дусі загальноприйнятого (як всі)?
37. Чи справді Вам неприємно знаходитись у компаніях, де насміхаються один над одним?
38. Ви дратівлива людина?
39. Чи подобається Вам робота, яка вимагає швидких дій?
40. Чи хвилюєтесь Ви з приводу будь-яких неприємних подій, які могли б статись?
41. Чи правда, що Ви людина повільна і неквапливa в рухах?
42. Ви коли-небудь спізнювались на побачення чи на роботу?
43. Чи часто Вам сняться жахливі сни?
44. Чи правда, що Ви так любите поговорити, що ніколи не пропустите зручного випадку порозмовляти з незнайомою людиною?
45. Чи турбують Вас які-небудь болі?
46. Чи Ви б відчували себе дуже нещасним, якщо б тривалий час були позбавлені широкого спілкування з людьми?
47. Чи можете Ви назвати себе нервовою людиною?
48. Серед людей, яких Ви знаєте, такі, що Вам дуже не подобаються?
49. Могли б Ви сказати про себе, що Ви впевнена в собі людина?
50. Чи легко Ви ображаєтесь, коли люди вкажуть на Ваші помилки в роботі або на Ваші особисті промахи?
51. Чи рахуєте Ви, що важко отримати справжнє задоволення від вечорниць?
52. Чи турбує Вас відчуття, що Ви чимось гірші за інших?
53. Чи легко Вам внести пожвавлення в досить скучну компанію?
54. Чи буває так, що Ви говорите про речі, на яких зовсім не розумієтесь?
55. Чи піклуєтесь Ви про своє здоров'я?
56. Чи любите Ви жартувати над іншими?
57. Чи страждаєте Ви від безсоння?