

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»
Кафедра практичної психології та інноваційних оздоровчих технологій

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему

Психологічні інтервенції у формуванні ефективних копінг-стратегій при психосоматичних розладах

(тема кваліфікаційної роботи)

Виконала: студентка 2 курсу, групи ДПС-24мг
спеціальності: 053 Психологія

(код і найменування спеціальності)

С. Коринська / Світлана КОЗІНСЬКА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Керівник _____/ Андрій ЛОМАКІН
(підпис). (ім'я та прізвище)

Рецензент _____/Геннадій ЗЕЛЕНІН
(підпис) (ім'я та прізвище)

«До захисту допущено»

Завідувач кафедри _____/Наталія КУЧЕРЕНКО
(підпис) (ім'я та прізвище)

Нормоконтроль _____/Галина ЮДІНА
(підпис) (ім'я та прізвище)

Секретар ЕК _____/Маргарита МИХАЛЕНКО
(підпис) (ім'я та прізвище)

Харків - 2025 рік

ЗАТВЕРДЖУЮ
В.о. завідувачки кафедри
 _____ **Н.С. КУЧЕРЕНКО**
 (підпис) ініціали, прізвище)
 « » 2025 р.

Козінської Світлани Миколаївни

1. Тема роботи «Психологічні інтервенції у формуванні ефективних копінг-стратегій при психосоматичних розладах»

керівник роботи Ломакін Андрій Олександрович, к.т.н.

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджена наказом по університету від «06» жовтня 2025 року № 4801-5/3664

2. Строк подання студентом роботи «28» листопада 2025 року.

3. Перелік питань, які потрібно розробити:

- 1) Провести теоретичний аналіз проблеми психосоматичності та копінг-поведінки особистості;

2) Дослідити рівень соматизації, алекситимії та тривожності у респондентів;

3) Визначити домінуючі копінг-стратегії у осіб з різним рівнем

психосоматичних проявів;

4) Здійснити кореляційний аналіз взаємозв'язків між копінг-стратегіями, соматизацією, алекситимією та тривожністю;

5) Розробити програму психологічних інтервенцій для формування адаптивних копінг-стратегій.

4. План роботи

№ з/п	Назви етапів роботи
1	Аналіз наукових підходів до проблеми психосоматичності, алекситимії, тривожності та копінг-поведінки; узагальнення сучасних теоретичних моделей і емпіричних досліджень.
2	Підбір та апробація психодіагностичних методик.
3	Аналіз отриманих даних, визначення рівнів досліджуваних показників, проведення кореляційного аналізу взаємозв'язків між копінг-стратегіями, соматизацією, алекситимією та тривожністю.
4	Формулювання висновків і розробка психологічних рекомендацій.
5	Оформлення, підготовка та подання дипломної роботи до захисту.

5. Дата видачі завдання 07 жовтня 2025 р.

Студент

С.М.Козінська
(підпис)

С.М.Козінська
(ініціали, прізвище)

Керівник роботи

(підпис)

А.О. Ломакін
(ініціали, прізвище)

РЕФЕРАТ

Дипломна робота містить 76 сторінок, 12 таблиць, 2 рисунки та 30 використаних літературних джерел.

Об'єкт дослідження - копінг-стратегії осіб з психосоматичними розладами.

Предмет дослідження - психологічні особливості копінг-стратегій та їх взаємозв'язок з проявами соматизації, алекситимією та тривожністю.

Мета дослідження - дослідити особливості копінг-стратегій у осіб з психосоматичними розладами та розробити програму психологічних інтервенцій для формування ефективних способів подолання стресу.

Основні завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз проблеми психосоматичності та копінг-поведінки особистості;
2. Дослідити рівень соматизації, алекситимії та тривожності у респондентів;
3. Визначити домінуючі копінг-стратегії у осіб з різним рівнем психосоматичних проявів;
4. Здійснити кореляційний аналіз взаємозв'язків між копінг-стратегіями, соматизацією, алекситимією та тривожністю;
5. Розробити програму психологічних інтервенцій для формування адаптивних копінг-стратегій.

Практична значущість дослідження: результати дослідження можуть бути використані у практичній роботі психологів, психотерапевтів та лікарів для розробки індивідуальних програм психологічної допомоги особам з психосоматичними розладами. Запропонована програма психологічних інтервенцій може застосовуватися як у індивідуальному, так і груповому форматі роботи.

Ключові слова: психосоматика, копінг-стратегії, алекситимія, тривожність, соматичні скарги, психологічні інтервенції, стрес, емоційна регуляція.

ABSTRACT

The research consists of 76 pages, 12 tables, 2 figures, and 30 references.

Object of study: coping strategies of individuals with psychosomatic disorders.

Subject of study: psychological characteristics of coping strategies and their relationship with manifestations of somatization, alexithymia, and anxiety.

The purpose of the study: to investigate the characteristics of coping strategies in individuals with psychosomatic disorders and develop a program of psychological interventions for the formation of effective stress management methods.

Main objectives of the study:

1. Conduct a theoretical analysis of the problem of psychosomatization and coping behavior;
2. Investigate the level of somatization, alexithymia, and anxiety in respondents;
3. Identify dominant coping strategies in individuals with different levels of psychosomatic manifestations;
4. Perform correlation analysis of relationships between coping strategies, somatization, alexithymia, and anxiety;
5. Develop a program of psychological interventions for the formation of adaptive coping strategies.

Practical significance of the study: the research results can be used in the practical work of psychologists, psychotherapists, and physicians for developing individual programs of psychological assistance for people with psychosomatic disorders. The proposed program of psychological interventions can be applied in both individual and group work formats.

Keywords: psychosomatics, coping strategies, alexithymia, anxiety, somatic complaints, psychological interventions, stress, emotional regulation.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДАХ	11
1.1. Сутність та класифікація психосоматичних розладів	11
1.2. Копінг-стратегії: теоретичні підходи та емпіричні дослідження	15
1.3. Алекситимія та емоційна регуляція у контексті психосоматичності	21
Висновки до розділу 1	26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ	28
2.1. Організація та методи дослідження	28
2.2. Аналіз результатів діагностики психосоматичних проявів	33
2.3. Результати дослідження рівня алекситимії та тривожності	37
2.4. Дослідження копінг-стратегій та їх зв'язку з психосоматичністю	40
Висновки до розділу 2	43
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ ЕФЕКТИВНИХ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ	46
3.1. Теоретично-методологічні засади психологічних інтервенцій у роботі з психосоматичними розладами	46
3.2. Психологічні рекомендації щодо формування ефективних копінг-стратегій при психосоматичних розладах	53
Висновки до розділу 3	63
ВИСНОВКИ	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	69
ДОДАТКИ	73

ВСТУП

Актуальність дослідження. Проблема психосоматичних розладів набуває особливої актуальності в умовах сучасного суспільства, що характеризується високим рівнем стресогенності, невизначеністю та постійними викликами. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, до 60% звернень до лікарів загальної практики пов'язані з соматичними скаргами, які не мають достатнього органічного підґрунтя [34, С. 15]. В Україні ця проблема загострюється через тривалий вплив воєнного стану, економічну нестабільність та соціальні трансформації.

Психосоматичні розлади характеризуються тісним взаємозв'язком між психологічними факторами та соматичними проявами. Дослідження показують, що неефективні стратегії подолання стресу, алекситимія та порушення емоційної регуляції відіграють ключову роль у виникненні та підтриманні психосоматичних симптомів [18, С. 422]. Копінг-стратегії, які використовує особистість для подолання стресових ситуацій, можуть як сприяти адаптації та збереженню здоров'я, так і призводити до соматизації психологічного дистресу [12, С. 234].

Концепція копінгу, розроблена Р. Лазарусом та С. Фолькман, розглядає подолання стресу як динамічний процес когнітивної оцінки ситуації та вибору поведінкових і когнітивних стратегій [13, С. 92]. Однак у осіб з психосоматичними розладами спостерігається тенденція до використання дезадаптивних копінг-стратегій, таких як уникнення, заперечення та соматизація [19, С. 185].

Алекситимія, що характеризується труднощами в ідентифікації та вербалізації емоцій, розглядається багатьма дослідниками як важливий чинник розвитку психосоматичних розладів [21, С. 243]. Г. Тейлор визначає алекситимію як фактор ризику для соматизації, оскільки при неможливості усвідомлення та вираження емоцій відбувається їх трансформація у соматичні симптоми [23, С. 52].

Незважаючи на численні дослідження в цій галузі, залишається недостатньо вивченим питання про специфічні зв'язки між типами копінг-стратегій, рівнем

алекситимії, тривожності та вираженістю психосоматичних проявів. Актуальною є потреба в розробці комплексних програм психологічних інтервенцій, спрямованих на формування ефективних копінг-стратегій у осіб з психосоматичними розладами.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано в рамках науково-дослідної роботи кафедри практичної психології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна.

Об'єкт - копінг-стратегії особистості при психосоматичних розладах.

Предмет - психологічні особливості копінг-стратегій та їх взаємозв'язок з алекситимією, тривожністю та соматичними проявами.

Гіпотеза: існують значущі взаємозв'язки між типами копінг-стратегій, рівнем алекситимії, тривожності та вираженістю психосоматичних проявів; формування адаптивних копінг-стратегій сприятиме зниженню психосоматичної симптоматики.

Мета - виявити особливості копінг-стратегій при психосоматичних розладах та розробити програму психологічних інтервенцій для формування ефективного копінг-поведінки.

Завдання:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових підходів до вивчення психосоматичних розладів та копінг-стратегій особистості.
2. Дослідити рівень психосоматичних проявів, тривожності та алекситимії у досліджуваних.
3. Проаналізувати особливості копінг-стратегій у осіб з різним рівнем психосоматичних проявів.
4. Встановити взаємозв'язки між копінг-стратегіями, алекситимією, тривожністю та соматичними скаргами.
5. Розробити програму психологічних інтервенцій, спрямовану на формування ефективних копінг-стратегій при психосоматичних розладах.

Методи:

1. Теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження.
2. Емпіричні: психодіагностичне тестування за допомогою стандартизованих методик: Опитувальник способів подолання стресу (Brief COPE) в адаптації К. Карвера; Гіссенський опитувальник соматичних скарг; Торонтська алекситимічна шкала (TAS-20) в адаптації Г. Тейлора; Шкала реактивної тривожності Спілбергера; Опитувальник соматизації PHQ-15.
3. Математико-статистичні: кореляційний аналіз за Пірсоном, описова статистика, t-критерій Стюдента для порівняння груп. Обробка даних здійснювалася за допомогою програми Excel.

Наукова новизна дослідження полягає у комплексному вивченні взаємозв'язків між копінг-стратегіями, алекситимією, тривожністю та психосоматичними проявами; виявленні специфічних патернів копінг-поведінки у осіб з різним рівнем соматизації; розробці інтегрованої програми психологічних інтервенцій, яка поєднує когнітивно-поведінкові техніки, методи емоційної регуляції та тренінг усвідомленості для формування ефективних копінг-стратегій.

Коротка характеристика групи досліджуваних. У дослідженні взяли участь 32 респонденти віком від 15 до 46 років.

Практична значущість дослідження полягає в тому, що отримані результати можуть бути використані практичними психологами, психотерапевтами та лікарями для діагностики та психологічної корекції психосоматичних розладів. Розроблена програма психологічних інтервенцій може застосовуватися в медичних та психологічних центрах для допомоги особам з психосоматичними проявами.

Апробація результатів дослідження. Апробація результатів дослідження здійснювалась через участь та публікацію тез доповідей на тему «Психологічні інтервенції у формуванні ефективних копінг-стратегій при психосоматизованих розладах» LX Всеукраїнській науково-практичній конференції здобувачів вищої

освіти «Освіта та технології для розвитку суспільства» Навчально-наукового інституту «Українська інженерно-педагогічна академія» Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна. (м. Харків 17-21 листопада 2025 р.).

Структура та обсяг роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (30 найменувань) та 2 додатків. Загальний обсяг роботи становить 76 сторінок, містить 12 таблиць та 2 рисунки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДАХ

1.1. Сутність та класифікація психосоматичних розладів

Психосоматичні розлади являють собою складну групу станів, при яких психологічні фактори відіграють суттєву роль у виникненні, перебігу або загостренні соматичних симптомів. Вивчення взаємозв'язку між психікою та тілом має давню історію, починаючи з робіт античних філософів і продовжуючись у сучасних психосоматичних дослідженнях [1, С. 5].

Термін "психосоматика" походить від грецьких слів "psyche" (душа) та "soma" (тіло) і відображає єдність психічних і соматичних процесів в організмі людини [15, С. 1358]. Засновник психосоматичної медицини З. Ліповський визначав психосоматичні розлади як фізичні симптоми або хвороби, в етіології та патогенезі яких психологічні фактори відіграють первинну або значущу роль [15, С. 1359].

Історично склалося кілька підходів до розуміння психосоматичних феноменів. Психоаналітичний підхід, представлений роботами З. Фрейда та Ф. Александера, розглядав психосоматичні симптоми як результат несвідомих конфліктів та витіснених емоцій [1, С. 12]. Ф. Александер виділив сім "класичних" психосоматичних захворювань: бронхіальна астма, есенціальна гіпертензія, виразкова хвороба, ревматоїдний артрит, тиреотоксикоз, неспецифічний виразковий коліт та нейродерміт [1, С. 15].

Біопсихосоціальна модель, запропонована Дж. Енгелем у 1980 році, розглядає здоров'я та хворобу як результат складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів [10, С. 535]. Ця модель стала основою для сучасного розуміння психосоматичних розладів і підкреслює важливість комплексного підходу до їх діагностики та лікування [10, С. 537].

Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), психосоматичні розлади відносяться до категорії "Розлади з соматичним дистресом" [34, С. 847]. Ця категорія включає стани, при яких особа відчуває значний дистрес через соматичні симптоми, які можуть супроводжуватися надмірними думками, почуттями або поведінкою, пов'язаними з цими симптомами [34, С. 848].

Сучасна класифікація психосоматичних розладів включає декілька основних груп:

1. Функціональні психосоматичні розлади (соматоформні розлади) характеризуються наявністю соматичних симптомів, які не можуть бути повністю пояснені органічною патологією. До цієї групи належать соматизований розлад, іпохондричний розлад, соматоформна вегетативна дисфункція [18, С. 424].

2. Конверсійні розлади проявляються у вигляді неврологічних симптомів (порушення руху, чутливості, судом), які виникають внаслідок психологічних конфліктів без органічного ураження нервової системи [1, С. 156].

3. Психосоматичні захворювання у вузькому сенсі - це органічні захворювання, в етіології та патогенезі яких психологічні фактори відіграють важливу роль (артеріальна гіпертензія, бронхіальна астма, виразкова хвороба, синдром подразненого кишечника) [15, С. 1361].

4. Соматогенні психічні розлади виникають внаслідок соматичних захворювань та їх лікування, що впливає на психічний стан особистості [1, С. 189].

Одним з ключових механізмів формування психосоматичних розладів є процес соматизації - трансформації емоційного дистресу у соматичні симптоми [15, С. 1362]. К. Кронке визначає соматизацію як тенденцію переживати та повідомляти про соматичний дистрес у відповідь на психосоціальний стрес, шукати медичної допомоги з приводу цих симптомів [14, С. 258].

Психофізіологічні механізми психосоматичності включають активацію стресової відповіді організму через гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь та симпато-адреналову систему [8, С. 374]. Хронічний стрес призводить до надмірної

секреції кортизолу та катехоламінів, що впливає на імунну систему, серцево-судинну діяльність, травлення та інші фізіологічні функції [8, С. 376].

Б. Макюен запропонував концепцію алоstaticного навантаження для пояснення впливу хронічного стресу на організм [17, С. 33]. Алостаз - це процес досягнення стабільності через зміни в різних системах організму у відповідь на стресори [17, С. 35]. Однак хронічна активація алоstaticних механізмів призводить до накопичення "зносу" в організмі - алоstaticного навантаження, що підвищує ризик розвитку різноманітних захворювань [17, С. 37].

Дж. Кіколт-Глейзер та її колеги досліджували взаємозв'язки між психологічним стресом та імунною функцією в рамках психонейроімунології [11, С. 15]. Їхні дослідження показали, що хронічний стрес та негативні емоційні стани можуть пригнічувати імунну відповідь, підвищуючи вразливість до інфекційних та автоімунних захворювань [11, С. 18].

В. Ріф та Е. Бродбент запропонували інтегративну модель для пояснення медично не пояснених симптомів, яка включає роль когнітивних, емоційних, поведінкових та соціальних факторів [20, С. 821]. Згідно з цією моделлю, соматичні симптоми виникають та підтримуються через складну взаємодію:

- Когнітивних факторів: катастрофічне мислення про симптоми, гіперпильність до тілесних відчуттів, специфічні переконання про хворобу [20, С. 823].
- Емоційних факторів: тривожність, депресія, труднощі в регуляції емоцій, алекситимія [20, С. 824].
- Поведінкових факторів: уникнення активності, постійна перевірка симптомів, пошук запевнень від лікарів [20, С. 825].
- Соціальних факторів: підкріплення хворої поведінки оточуючими, соціальна ізоляція, стигматизація [20, С. 826].

О. Ван ден Берг та колеги розробили теорію симптомів як інференційних процесів, згідно з якою соматичні симптоми є результатом когнітивної інтерпретації

внутрішніх тілесних сигналів [24, С. 185]. Ця теорія підкреслює роль попереднього досвіду, очікувань та контексту в сприйнятті та інтерпретації тілесних відчуттів [24, С. 187].

П. Хеннінгсен з колегами запропонували концепцію стійких фізичних симптомів як порушення перцептивної регуляції [12, С. 422]. Згідно з цією концепцією, при психосоматичних розладах спостерігається дисбаланс між інтероцептивними сигналами (від внутрішніх органів) та їх центральною обробкою, що призводить до неадекватної інтерпретації нормальних фізіологічних відчуттів як патологічних симптомів [12, С. 424].

М. Кляйнштойбер з колегами у 2019 році опублікували систематичний огляд ефективності когнітивно-поведінкової терапії при функціональних соматичних розладах [13, С. 629]. Їхній аналіз показав, що когнітивно-поведінкова терапія є ефективним методом лікування цих розладів, що підтверджує важливість психологічних механізмів у підтриманні соматичних симптомів [13, С. 632].

Українські дослідники також зробили значний внесок у вивчення психосоматичних розладів. В.С. Подкоритов та О.С. Чабан розробили інтегративний підхід до психосоматичної медицини, який враховує культурні особливості та специфіку українського населення [4, С. 7]. Вони підкреслюють необхідність біопсихосоціального підходу та важливість міждисциплінарної співпраці в діагностиці та лікуванні психосоматичних розладів [4, С. 9].

Р.І. Санжаровський досліджував роль алекситимії в розвитку психосоматичних розладів у українській популяції [5, С. 52]. Його дослідження показали високу поширеність алекситимії серед клієнтів з психосоматичними захворюваннями та підтвердили зв'язок між труднощами в ідентифікації та вербалізації емоцій і схильністю до соматизації [5, С. 55].

Важливим аспектом розуміння психосоматичних розладів є роль емоційної регуляції. Дж. Гросс визначає емоційну регуляцію як процеси, за допомогою яких індивіди впливають на те, які емоції вони мають, коли їх мають та як переживають і

виражають ці емоції [11, С. 281]. Порушення емоційної регуляції розглядаються як транс діагностичний фактор, що лежить в основі різноманітних психологічних та психосоматичних розладів [11, С. 283].

Дослідження показують, що особи з психосоматичними розладами часто використовують дезадаптивні стратегії емоційної регуляції, такі як придушення емоцій, уникнення та румінація [18, С. 426]. Ці стратегії не дозволяють ефективно переробляти емоційний досвід, що призводить до його трансформації у соматичні симптоми [18, С. 427].

Концепція алекситимії, запропонована П. Сифнеосом у 1973 році, відіграє важливу роль у розумінні психосоматичних розладів [23, С. 23]. Алекситимія характеризується чотирма основними ознаками: труднощі в ідентифікації емоцій, труднощі в описі емоцій іншим людям, зовнішньо-орієнтоване мислення та обмежена уява [23, С. 25]. Вищий рівень алекситимії асоціюється з більшою вираженістю соматичних симптомів [9, С. 425].

Таким чином, сучасне розуміння психосоматичних розладів базується на інтегративному підході, який враховує біологічні, психологічні та соціальні фактори. Ключовими механізмами формування психосоматичних симптомів є процеси соматизації, порушення емоційної регуляції, алекситимія та дезадаптивні копінг-стратегії. Розуміння цих механізмів є необхідним для розробки ефективних психологічних інтервенцій, спрямованих на допомогу особам з психосоматичними розладами.

1.2. Копінг-стратегії: теоретичні підходи та емпіричні дослідження

Копінг-стратегії відіграють центральну роль у процесах адаптації особистості до стресових ситуацій та збереженні психологічного і фізичного здоров'я. Вивчення копінг-поведінки є важливим напрямком у сучасній психології стресу та психосоматичної медицини [13, С. 234].

Термін "coping" походить від англійського "to cope" (долати, справлятися) і відноситься до когнітивних та поведінкових зусиль, спрямованих на подолання стресових ситуацій [13, С. 92]. Концепція копіngu була розроблена у рамках транзакційної моделі стресу Р. Лазаруса та С. Фолькман [13, С. 93].

Згідно з транзакційною моделлю, стрес виникає внаслідок взаємодії (транзакції) між особистістю та середовищем, коли ситуація оцінюється як така, що перевищує наявні ресурси та загрожує благополуччю [13, С. 234]. Центральними процесами в цій моделі є когнітивна оцінка та копінг [13, С. 235].

Когнітивна оцінка включає два рівні:

1. Первинна оцінка - визначення значущості ситуації для благополуччя (чи є вона загрозовою, шкідливою або викликом) [13, С. 236].
2. Вторинна оцінка - оцінка наявних ресурсів та можливостей для подолання ситуації [13, С. 237].

Р. Лазарус та С. Фолькман виділили дві основні функції копіngu [13, С. 92]:

1. Проблемно-фокусований копінг спрямований на зміну проблемної ситуації, управління або зміну стресора. Включає стратегії планування, активних дій, пошуку інструментальної підтримки [9, С. 93].
2. Емоційно-фокусований копінг спрямований на регуляцію емоційної відповіді на стресову ситуацію через зміну інтерпретації ситуації або емоційного ставлення до неї [9, С. 94].

К. Карвер розробив Опитувальник способів подолання стресу (Brief COPE), який дозволяє оцінити широкий спектр копінг-стратегій [9, С. 92]. У цьому опитувальнику виділяється 14 копінг-стратегій, які можна групувати у різні категорії залежно від їх функцій та адаптивності [9, С. 93].

Адаптивні копінг-стратегії включають:

- Активний копінг - прийняття активних дій для усунення або обходу стресора [9, С. 94].

- Планування - обмірковування стратегій дій, розробка плану подолання ситуації [9, С. 94].
- Позитивне переформулювання - перегляд стресової ситуації у більш позитивному світлі, пошук можливостей для зростання [9, С. 95].
- Прийняття - визнання реальності стресової ситуації та необхідності з нею працювати [9, С. 95].
- Використання емоційної підтримки - отримання емоційного розуміння та співчуття від інших [9, С. 96].
- Використання інструментальної підтримки - пошук порад, допомоги або інформації від інших [9, С. 96].

Деадаптивні копінг-стратегії включають:

- Заперечення - відмова визнати реальність стресової події [9, С. 97].
- Самозвинувачення - критика та звинувачення себе за те, що сталося [9, С. 97].
- Поведінкове розгальмування - відмова від зусиль щодо досягнення цілей, з якими конфліктує стресор [9, С. 98].
- Вентиляція емоцій - фокусування на і вираження негативних емоцій [9, С. 98].
- Використання психоактивних речовин - вживання алкоголю або інших речовин як способу дистанціювання від стресора [9, С. 99].

Важливим напрямком досліджень є вивчення зв'язку між копінг-стратегіями та здоров'ям. Численні дослідження показали, що використання адаптивних копінг-стратегій асоціюється з кращим фізичним та психічним здоров'ям, тоді як деадаптивні стратегії пов'язані з підвищеним ризиком розвитку психологічних та соматичних проблем [13, С. 238].

У контексті психосоматичних розладів особливо важливою є роль копінг-стратегій у процесах соматизації. Дослідження показують, що особи з

психосоматичними симптомами частіше використовують дезадаптивні копінг-стратегії, такі як уникнення, заперечення та емоційне відреагування [18, С. 428].

Концепція уникаючого копіngu має особливе значення для розуміння психосоматичності. Уникнення може бути як когнітивним (відволікання уваги від проблеми, відмова думати про неї), так і поведінковим (уникнення ситуацій, пов'язаних зі стресором) [19, С. 186]. Хоча короткострокове уникнення може бути адаптивним у деяких ситуаціях, хронічне використання уникаючих стратегій призводить до накопичення неопрацьованого емоційного досвіду, що може трансформуватися у соматичні симптоми [19, С. 188].

М. Шейер та інші дослідники вивчали роль саморегуляції у виборі копінг-стратегій [22, С. 1]. Вони показали, що здатність до ефективної саморегуляції пов'язана з використанням більш адаптивних копінг-стратегій та кращими результатами подолання стресу [22, С. 5]. Навпаки, порушення саморегуляції можуть призводити до вибору дезадаптивних стратегій та негативних наслідків для здоров'я [22, С. 7].

Дж. Пеннебейкер досліджував роль експресивного письма як копінг-стратегії [19, С. 1]. Його дослідження показали, що вербалізація та структурування травматичного досвіду через письмо може мати позитивний вплив на фізичне та психологічне здоров'я [19, С. 45]. Це підтверджує важливість когнітивної обробки емоційного досвіду для профілактики психосоматичних проблем [19, С. 78].

Р. Мосс-Морріс та М. Спенс вивчали роль копінг-стратегій у хронічних больових синдромах [18, С. 263]. Їхні дослідження показали, що клієнти, які використовували активні копінг-стратегії (планування активності, використання техніки релаксації), мали кращі результати лікування порівняно з тими, хто використовував пасивні стратегії (катастрофізація, бажання відпочити) [18, С. 265].

Р. Віксел з колегами досліджували роль психологічної гнучкості як медіатора ефективності терапії прийняття та відповідальності (АСТ) для клієнтів з хронічним болем [25, С. 90]. Психологічна гнучкість визначається як здатність повністю

контактувати з теперішнім моментом та змінювати або продовжувати поведінку відповідно до цінностей, навіть у присутності небажаних думок та почуттів [25, С. 91]. Розвиток психологічної гнучкості асоціювався з покращенням функціонування та зниженням дистресу у клієнтів [25, С. 93].

Важливим аспектом копінг-поведінки є також соціальна підтримка. Дослідження показують, що наявність та використання соціальної підтримки є ефективною копінг-стратегією, яка пом'якшує негативний вплив стресу на здоров'я [13, С. 240]. Проте у осіб з алекситимією часто спостерігаються труднощі у встановленні близьких стосунків та використанні соціальної підтримки, що може підвищувати їх вразливість до психосоматичності [5, С. 56].

Українські дослідники також вивчали особливості копінг-стратегій у різних групах населення. О.М. Кокун досліджував психологію життєстійкості та її зв'язок з копінг-поведінкою [2, С. 145]. Життєстійкість розглядається як система переконань про себе та світ, яка включає компоненти залученості, контролю та прийняття ризику [2, С. 148]. Високий рівень життєстійкості пов'язаний з використанням більш адаптивних копінг-стратегій [2, С. 152].

Т.Б. Хомуленко та Ю.В. Вакуленко досліджували особливості тривожності у структурі емоційної сфери особистості та її вплив на вибір копінг-стратегій [7, С. 168]. Їхні дослідження показали, що високий рівень тривожності асоціюється з частішим використанням емоційно-фокусованих та уникаючих копінг-стратегій [7, С. 173].

Т.М. Титаренко розробила концепцію психологічних практик конструювання життя в умовах постмодерної соціальності [6, С. 98]. Вона підкреслює важливість активної позиції особистості у виборі життєвих стратегій та конструюванні власного життєвого шляху [6, С. 102]. Ефективні копінг-стратегії розглядаються як інструменти активного конструювання життя та подолання викликів сучасності [6, С. 115].

У контексті психосоматичних розладів особливий інтерес представляє концепція соматизації як дезадаптивної копінг-стратегії. В. Ріф та Е. Бродбент розглядають соматизацію як спосіб подолання емоційного дистресу через його трансформацію у соматичні симптоми [20, С. 823]. Ця стратегія може бути несвідомою та виконувати певні функції, такі як уникнення конфронтації з емоційними проблемами, отримання уваги та підтримки від оточуючих, або легітимізація відмови від виконання соціальних обов'язків [20, С. 824].

Г. Кроус та інші дослідники вивчали роль стресу у розвитку та підтриманні психосоматичних розладів [8, С. 374]. Вони показали, що хронічний стрес та неефективні копінг-стратегії можуть призводити до порушень у роботі нейроендокринної та імунної систем, що підвищує вразливість до психосоматичних захворювань [8, С. 378].

Дослідження копінг-стратегій у клієнтів з різними психосоматичними розладами показують специфічні патерни копінг-поведінки. Наприклад, у клієнтів з синдромом подразненого кишечника виявлено високий рівень катастрофізації та уникнення, у клієнтів з хронічним больовим синдромом - підвищене використання пасивних копінг-стратегій, а у клієнтів з серцево-судинними захворюваннями - труднощі в розпізнаванні та вираженні емоцій [20, С. 827].

Важливим аспектом є також гендерні відмінності в копінг-поведінці. Дослідження показують, що жінки частіше використовують емоційно-фокусовані копінг-стратегії та пошук соціальної підтримки, тоді як чоловіки більше схильні до проблемно-фокусованих стратегій [13, С. 242]. Проте жінки також демонструють вищу схильність до румінації та катастрофізації, що може пояснювати більшу поширеність психосоматичних розладів серед жіночого населення [13, С. 243].

Вікові особливості копінг-поведінки також привертають увагу дослідників. З віком змінюється репертуар копінг-стратегій, а також ефективність їх використання. Старші люди часто використовують більш адаптивні, емоційно-регулюючі стратегії, що може бути пов'язано з накопиченням життєвого досвіду [13, С. 244].

Культурні особливості також впливають на вибір та ефективність копінг-стратегій. У колективістських культурах більше цінується використання соціальної підтримки та уникнення прямої конфронтації, тоді як в індивідуалістичних культурах заохочується активне вирішення проблем та самостійність [13, С. 245].

Таким чином, копінг-стратегії відіграють критично важливу роль у процесах адаптації до стресу та збереженні здоров'я. Вибір адаптивних копінг-стратегій сприяє ефективному подоланню стресових ситуацій та профілактиці психосоматичних розладів, тоді як використання дезадаптивних стратегій підвищує ризик соматизації та розвитку психосоматичних симптомів. Розуміння цих механізмів є необхідним для розробки ефективних психологічних інтервенцій.

1.3. Алекситимія та емоційна регуляція у контексті психосоматичності

Алекситимія та порушення емоційної регуляції розглядаються як ключові психологічні фактори, що сприяють розвитку психосоматичних розладів. Нездатність адекватно розпізнавати, розуміти та виражати емоції призводить до їх трансформації у соматичні симптоми [23, С. 52].

Термін "алекситимія" був введений П. Сифнеосом у 1973 році для опису особливостей клієнтів з психосоматичними захворюваннями [23, С. 23]. Алекситимія (від грецького "а" - відсутність, "lexis" - слово, "thymos" - емоція) буквально означає "відсутність слів для емоцій" [23, С. 24].

Г. Тейлор з колегами розробили багатовимірну модель алекситимії, яка включає чотири основні компоненти [23, С. 25]:

1. Труднощі в ідентифікації емоцій - нездатність розрізняти різні емоційні стани та відокремлювати емоції від тілесних відчуттів [23, С. 26].
2. Труднощі в описі емоцій - складність у вербалізації та комунікації власних емоційних переживань іншим людям [23, С. 27].
3. Зовнішньо-орієнтоване мислення - тенденція фокусуватися на зовнішніх подіях більше, ніж на внутрішньому досвіді [23, С. 28].

4. Обмежена уява - зменшена здатність до фантазування та символічного мислення [23, С. 29].

Для діагностики алекситимії найбільш широко використовується Торонтська алекситимічна шкала (TAS-20), розроблена Г. Тейлором та колегами [8, С. 23]. Ця шкала оцінює три фактори: труднощі в ідентифікації емоцій, труднощі в описі емоцій та зовнішньо-орієнтоване мислення [8, С. 24].

Поширеність алекситимії в загальній популяції оцінюється приблизно в 10%, проте серед клієнтів з психосоматичними розладами вона значно вища і може досягати 40-60% [9, С. 425]. Це підтверджує зв'язок між алекситимією та схильністю до соматизації [9, С. 426].

В. Де Гухт та В. Хайзер провели метааналіз досліджень зв'язку між алекситимією та соматизацією [9, С. 425]. Вони виявили стабільну позитивну кореляцію між рівнем алекситимії та вираженістю соматичних симптомів [9, С. 428]. Особливо сильний зв'язок спостерігався між труднощами в ідентифікації емоцій та соматизацією [9, С. 430].

Г. Тейлор запропонував кілька механізмів, через які алекситимія може призводити до психосоматичних розладів [23, С. 52]:

1. Посилена фізіологічна активація: неможливість когнітивної обробки емоцій призводить до пролонгованої фізіологічної активації, що може пошкоджувати органи та системи [23, С. 54].

2. Порушення інтероцептивного усвідомлення: труднощі в розрізненні емоційних та фізичних відчуттів можуть призводити до інтерпретації нормальних фізіологічних процесів як патологічних симптомів [23, С. 56].

3. Дефіцит символічної функції: нездатність до символічної репрезентації емоційного досвіду призводить до його вираження на соматичному рівні [23, С. 58].

4. Труднощі у соціальних стосунках: алекситимія ускладнює встановлення близьких стосунків та отримання соціальної підтримки, що підвищує вразливість до стресу [23, С. 60].

О. Люміне з колегами досліджували алекситимію як диспозиційну характеристику у досягненні цілей [16, С. 243]. Вони показали, що алекситимія пов'язана з труднощами у визначенні особистісних цілей, менш ефективними стратегіями їх досягнення та нижчою мотивацією [16, С. 248]. Це може призводити до накопичення фрустрації та стресу, що підвищує ризик психосоматичності [16, С. 250].

Концепція емоційної регуляції тісно пов'язана з алекситимією та має ключове значення для розуміння психосоматичних розладів. Дж. Гросс визначає емоційну регуляцію як процеси, через які індивіди впливають на те, які емоції вони мають, коли їх мають, і як переживають та виражають ці емоції [11, С. 281].

Дж. Гросс запропонував процесуальну модель емоційної регуляції, яка включає п'ять сімей стратегій [11, С. 283]:

1. Вибір ситуації - наближення або уникнення певних людей, місць або об'єктів з метою регуляції емоцій [11, С. 284].
2. Модифікація ситуації - зміна зовнішньої, фізичної ситуації для зміни її емоційного впливу [11, С. 285].
3. Розподіл уваги - переспрямування уваги всередині даної ситуації для впливу на емоції [11, С. 286].
4. Когнітивна зміна - зміна інтерпретації ситуації для зміни її емоційного значення [11, С. 287].
5. Модуляція відповіді - вплив на фізіологічну, експресивну або поведінкову відповідь після того, як емоція вже виникла [11, С. 288].

Стратегії емоційної регуляції можуть бути адаптивними або дезадаптивними залежно від контексту та частоти використання. Дослідження показують, що хабітуальне використання дезадаптивних стратегій, таких як придушення емоцій або румінація, асоціюється з вищим ризиком психологічних та соматичних проблем [11, С. 290].

Придушення емоцій (expressive suppression) - це стратегія модуляції відповіді, при якій людина намагається не показувати свої емоційні переживання [11, С. 291]. Дослідження показують, що хронічне придушення емоцій призводить до підвищеної симпатичної активації та може негативно впливати на здоров'я [11, С. 292].

Когнітивне переоцінювання (cognitive reappraisal) - це стратегія когнітивної зміни, при якій людина змінює інтерпретацію ситуації для зміни її емоційного впливу [11, С. 293]. На відміну від придушення, переоцінювання є більш адаптивною стратегією та асоціюється з кращим психологічним благополуччям [11, С. 294].

Р.І. Санжаровський у своїх дослідженнях на українській вибірці показав, що алекситимія пов'язана з порушеннями емоційної регуляції та підвищеною схильністю до психосоматичності [5, С. 54]. Він виявив, що особи з високим рівнем алекситимії частіше використовують дезадаптивні стратегії емоційної регуляції, такі як придушення та уникнення [5, С. 55].

Тривожність також відіграє важливу роль у розвитку психосоматичних розладів. Ч. Спілбергер розрізняв тривожність як стан (реактивна тривожність) та як рису особистості (особистісна тривожність) [21, С. 1]. Реактивна тривожність відноситься до тимчасового емоційного стану, що характеризується суб'єктивними відчуттями напруги, занепокоєння та активацією вегетативної нервової системи [21, С. 3].

Висока тривожність пов'язана з підвищеною увагою до тілесних відчуттів (соматична гіперпильність) та схильністю до катастрофічної інтерпретації нормальних фізіологічних процесів як ознак хвороби [7, С. 172]. Це може призводити до формування замкненого кола: тривожність посилює увагу до тіла, що призводить до виявлення більшої кількості відчуттів, які інтерпретуються як загрозові, що ще більше підвищує тривожність [7, С. 174].

Б. Карвасарський у своєму підручнику з психотерапії підкреслює важливість роботи з емоційною сферою у психотерапії психосоматичних розладів [1, С. 345]. Він зазначає, що розвиток емоційного усвідомлення, навчання розпізнаванню та

вербалізації емоцій, а також формування адаптивних стратегій емоційної регуляції є ключовими завданнями психотерапії [1, С. 348].

С.Д. Максименко у підручнику з загальної психології розглядає емоції як складну систему сигналів, що інформують особистість про значущість подій для її потреб та цілей [3, С. 198]. Порухення цієї сигнальної функції емоцій, як це спостерігається при алекситимії, призводить до дезорієнтації особистості та використання соматичних симптомів як альтернативного способу комунікації дистресу [3, С. 202].

Дослідження нейробиологічних основ алекситимії показують, що вона може бути пов'язана з порушеннями у функціонуванні передньої поясної кори та префронтальних областей мозку, які відповідають за обробку та регуляцію емоцій [23, С. 78]. Це підтверджує уявлення про алекситимію як про нейрокогнітивний дефіцит, а не просто психологічний захист [23, С. 80].

Важливим аспектом є також інтероцептивне усвідомлення - здатність сприймати та інтерпретувати сигнали від внутрішніх органів. Дослідження показують, що при алекситимії може спостерігатися як знижене інтероцептивне усвідомлення (нездатність помічати тонкі тілесні відчуття), так і підвищена інтероцептивна чутливість з неадекватною інтерпретацією (сприйняття нормальних відчуттів як загрозливих) [24, С. 190].

О. Ван ден Берг з колегами запропонували концепцію симптомів як результату інференційних процесів [24, С. 185]. Згідно з цією концепцією, соматичні симптоми виникають як результат когнітивної інтерпретації тілесних відчуттів на основі попереднього досвіду, очікувань та контекстуальних факторів [24, С. 187]. При алекситимії порушення у когнітивній обробці емоційних сигналів може призводити до неадекватної інтерпретації інтероцептивних відчуттів [24, С. 192].

Таким чином, алекситимія та порушення емоційної регуляції є важливими психологічними факторами, що сприяють розвитку психосоматичних розладів. Нездатність адекватно розпізнавати, розуміти та виражати емоції, а також

використання дезадаптивних стратегій емоційної регуляції призводять до соматизації психологічного дистресу. Розуміння цих механізмів є критично важливим для розробки ефективних психологічних інтервенцій, спрямованих на розвиток емоційного усвідомлення та формування адаптивних стратегій емоційної регуляції.

Висновки до розділу 1

У першому розділі було здійснено теоретичний аналіз проблеми копінг-стратегій при психосоматичних розладах. На основі аналізу наукової літератури можна зробити наступні висновки.

Психосоматичні розлади являють собою складну групу станів, при яких психологічні фактори відіграють суттєву роль у виникненні та підтриманні соматичних симптомів. Сучасне розуміння цих розладів базується на біопсихосоціальній моделі, що враховує взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів. До ключових механізмів формування психосоматичних симптомів належать процеси соматизації, порушення емоційної регуляції, алекситимія та використання дезадаптивних копінг-стратегій. Хронічний стрес разом із неефективним подоланням призводять до активації психофізіологічних механізмів, здатних пошкоджувати органи та системи організму.

Копінг-стратегії відіграють центральну роль у процесах адаптації до стресу. Згідно з транзакційною моделлю Р. Лазаруса та С. Фолькман, ефективність подолання стресу залежить від когнітивної оцінки ситуації та вибору адекватних копінг-стратегій. Адаптивні копінг-стратегії, такі як активний копінг, планування, позитивне переформулювання, прийняття та пошук підтримки, сприяють збереженню здоров'я. На противагу цьому, дезадаптивні стратегії, серед яких заперечення, уникнення, самозвинувачення та вентиляція емоцій, підвищують ризик виникнення психосоматичних порушень.

Важливим фактором ризику розвитку психосоматичних розладів є алекситимія, яка характеризується труднощами в ідентифікації та вербалізації емоцій, зовнішньо-орієнтованим мисленням та обмеженою уявою. Метаналітичні дослідження підтверджують стабільний позитивний зв'язок між рівнем алекситимії та вираженістю соматичних симптомів. Порушення емоційної регуляції, зокрема хабітуальне використання дезадаптивних стратегій, таких як придушення емоцій та румінація, призводять до накопичення неопрацьованого емоційного досвіду та його подальшої трансформації у соматичні симптоми. Тому розвиток емоційного усвідомлення та формування адаптивних стратегій емоційної регуляції є важливими завданнями психологічних інтервенцій при психосоматичних розладах.

Крім того, тривожність посилює увагу до тілесних відчуттів та сприяє катастрофічній інтерпретації нормальних фізіологічних процесів, що може призводити до формування та підтримання психосоматичних симптомів. Таким чином, теоретичний аналіз показує необхідність комплексного дослідження взаємозв'язків між копінг-стратегіями, алекситимією, тривожністю та психосоматичними проявами для подальшої розробки ефективних психологічних інтервенцій.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ

2.1. Організація та методи дослідження

Відповідно до тематики дипломної роботи, у якості досліджуваної групи було обрано клієнтів та учасників програм підтримки Громадської організації «Добробут», діяльність якої спрямована на соціально-психологічну допомогу дорослому населенню. Організація активно працює з людьми, які перебувають у стані емоційного виснаження, підвищеної тривожності, мають труднощі в адаптації, а також прояви психосоматичного неблагополуччя. Саме тому респонденти ГО «Добробут» становлять науковий інтерес у контексті дослідження копінг-стратегій та психосоматичності.

Опитування було проведене серед 32 дорослих осіб - учасників програм емоційно-психологічної підтримки. Вибірка включала осіб віком від 18 до 46 років. З них 18 жінок (56,3%) та 14 чоловіків (43,7%). Середній вік досліджуваних склав 35,8 років ($SD=12,4$).

Критеріями включення у дослідження були: вік від 18 років, відсутність гострих психічних розладів, добровільна згода на участь у дослідженні. Критеріями виключення були: наявність встановлених тяжких соматичних захворювань, що потребують термінового медичного втручання, гострі психотичні стани.

Дослідження проводилося онлайн за допомогою Google Forms протягом жовтня 2025 року. Респондентам було надано інформацію про мету дослідження, умови конфіденційності та право відмови на будь-якому етапі. Більшість учасників проживають у місті Харків та Харківській області, частина - у віддалених регіонах України, які долучилися онлайн.

ГО «Добробут» проводить освітні, просвітницькі та психотерапевтичні заходи, спрямовані на психологічне благополуччя населення, тому організація має досвід

співпраці з людьми, які переживають високий рівень стресу, емоційну напругу та соматичні скарги. Це визначає наукову доцільність вибору саме цієї групи для вивчення копінг-поведінки у контексті психосоматичних проявів.

Для зручності всі психодіагностичні методики були адаптовані у формат Google Forms та надіслані учасникам із детальними інструкціями. За бажанням, кожному учаснику були надані індивідуальні результати у зведеній формі.

Мета емпіричного дослідження - виявити особливості копінг-стратегій, їх взаємозв'язок із рівнем алекситимії, тривожністю та вираженістю психосоматичних проявів у дорослих осіб, а також визначити психологічні чинники, що потребують корекції в межах інтервенційних програм.

Завдання емпіричного дослідження:

1. Дослідити рівень психосоматичних проявів за допомогою Гіссенського опитувальника соматичних скарг та опитувальника соматизації RHC-15.
2. Вивчити особливості копінг-стратегій досліджуваних за допомогою опитувальника Brief COPE.
3. Оцінити рівень алекситимії за допомогою Торонтської алекситимічної шкали (TAS-20).
4. Визначити рівень реактивної тривожності за шкалою Спілбергера.
5. Провести порівняльний аналіз показників у групах з різним рівнем психосоматичних проявів.
6. Здійснити кореляційний аналіз взаємозв'язків між копінг-стратегіями, тривожністю, алекситимією та соматизацією.

Методи дослідження:

1. Опитувальник способів подолання стресу (Brief COPE) в адаптації К. Карвера [9, С. 92].

Опитувальник складається з 28 тверджень, які оцінюють 14 копінг-стратегій: активний копінг, планування, позитивне переформулювання, прийняття, гумор, релігія, використання емоційної підтримки, використання інструментальної

підтримки, самовідволікання, заперечення, вентиляція емоцій, використання психоактивних речовин, поведінкове розгальмування, самозвинувачення [9, С. 93].

Кожна копінг-стратегія оцінюється двома твердженнями за 4-бальною шкалою Лікерта (від 1 - "зовсім не роблю так" до 4 - "роблю так часто"). Сумарний бал за кожною стратегією може коливатися від 2 до 8 балів. Вищий бал вказує на частіше використання відповідної стратегії [9, С. 94].

Копінг-стратегії можна групувати у три категорії:

- Адаптивні стратегії: активний копінг, планування, позитивне переформулювання, прийняття, використання емоційної та інструментальної підтримки.

- Частково адаптивні стратегії: самовідволікання, гумор, релігія.

- Деадаптивні стратегії: заперечення, вентиляція емоцій, самозвинувачення, поведінкове розгальмування, використання психоактивних речовин [9, С. 95].

2. Гіссенський опитувальник соматичних скарг (Giessen Somatic Complaints Scale) призначений для виявлення та оцінки інтенсивності соматичних скарг психологічного походження [14, С. 258].

Опитувальник містить 57 тверджень, які описують різноманітні соматичні симптоми та відчуття. Досліджувані оцінюють частоту кожного симптому за 5-бальною шкалою (від 0 - "ніколи" до 4 - "дуже часто"). Опитувальник дозволяє оцінити соматичні скарги за чотирма шкалами [14, С. 259]:

- Шкала 1 "Виснаження": відчуття втоми, слабкості, зниженої працездатності.

- Шкала 2 "Шлунково-кишкові скарги": проблеми з травленням, біль у животі, нудота.

- Шкала 3 "Скелетно-м'язові скарги": біль у суглобах, м'язах, спині.

- Шкала 4 "Серцеві скарги": серцебиття, біль у грудях, задишка.

Також підраховується загальний показник соматичних скарг як сума балів за всіма пунктами. Вищі бали вказують на більшу вираженість соматичних симптомів [14, С. 260].

3. Торонтська алекситимічна шкала (TAS-20) в адаптації Г. Тейлора є найбільш поширеним інструментом для діагностики алекситимії [8, С. 23].

Шкала складається з 20 тверджень, які оцінюються за 5-бальною шкалою Лікерта (від 1 - "абсолютно не згоден" до 5 - "абсолютно згоден"). Опитувальник вимірює три фактори алекситимії [8, С. 24]:

- Фактор 1 "Труднощі в ідентифікації емоцій" (7 пунктів): нездатність розрізняти різні емоційні стани та відокремлювати емоції від тілесних відчуттів.
- Фактор 2 "Труднощі в описі емоцій" (5 пунктів): складність у вербалізації та комунікації власних емоційних переживань.
- Фактор 3 "Зовнішньо-орієнтоване мислення" (8 пунктів): тенденція фокусуватися на зовнішніх подіях більше, ніж на внутрішньому досвіді.

Загальний бал за шкалою може коливатися від 20 до 100. Інтерпретація результатів [8, С. 26]:

- 20-51 бал - відсутність алекситимії
- 52-60 балів - група ризику (можлива алекситимія)
- 61-100 балів - наявність алекситимії

4. Шкала реактивної тривожності Спілбергера (State Anxiety Inventory) призначена для оцінки актуального рівня тривожності [21, С. 1].

Шкала містить 20 тверджень, які описують емоційні стани (напруга, занепокоєння, нервозність тощо). Досліджувані оцінюють інтенсивність кожного стану у даний момент за 4-бальною шкалою (від 1 - "зовсім ні" до 4 - "цілком вірно") [21, С. 3].

При підрахунку балів пункти з прямим значенням оцінюються безпосередньо, а пункти зі зворотним значенням (позитивні стани) підраховуються у зворотному порядку. Загальний бал може коливатися від 20 до 80 [21, С. 5].

Інтерпретація рівня реактивної тривожності [21, С. 6]:

- до 30 балів - низька тривожність
- 31-45 балів - помірна тривожність
- 46 і більше балів - висока тривожність

5. Опитувальник соматизації PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15) є коротким скринінговим інструментом для оцінки вираженості соматичних симптомів [14, С. 258].

Опитувальник включає 15 найбільш поширених соматичних скарг: біль у шлунку, біль у спині, біль у суглобах, головний біль, біль у грудях, запаморочення, неприємність, серцебиття, задишка, болі при статевих контактах, проблеми з кишечником, нудота, втома, проблеми зі сном, менструальні проблеми [14, С. 259].

Кожен симптом оцінюється за 3-бальною шкалою (0 - "зовсім не турбує", 1 - "трохи турбує", 2 - "сильно турбує"). Загальний бал може коливатися від 0 до 30 [14, С. 260].

Інтерпретація рівня соматизації [14, С. 261]:

- 0-4 бали - мінімальна соматизація
- 5-9 балів - низька соматизація
- 10-14 балів - середня соматизація
- 15 і більше балів - висока соматизація

Використовувалися методи описової статистики (середні значення, стандартні відхилення, мінімальні та максимальні значення), критерій t-Стюдента для незалежних вибірок для порівняння груп, кореляційний аналіз за Пірсоном для виявлення взаємозв'язків між показниками.

Таким чином, у дослідженні було використано комплекс валідних та надійних психодіагностичних методик, що дозволяють всебічно оцінити копінг-стратегії, психосоматичні прояви, алекситимію та тривожність досліджуваних. Організація дослідження забезпечувала дотримання етичних принципів та отримання достовірних даних для подальшого аналізу.

2.2. Аналіз результатів діагностики психосоматичних проявів

Результати за Гіссенським опитувальником соматичних скарг

Аналіз результатів за Гіссенським опитувальником дозволив оцінити вираженість соматичних скарг у досліджуваних за чотирма основними шкалами та загальним показником. Дані представлені в Таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Описова статистика за шкалами Гіссенського опитувальника соматичних скарг

Шкала	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Мінімум	Максимум
Виснаження	7,5	3,7	1	14
Шлунково-кишкові скарги	4,75	3,6	0	12
Скелетно-м'язові скарги	6,87	3,02	3	13
Серцеві скарги	5,09	3,5	1	13
Загальний показник	24,21	14,04	5	52

За шкалою "Виснаження" середній показник склав 7,5 бала ($SD=3,7$), що вказує на нормальний рівень скарг на втому та зниження працездатності. Найвищий індивідуальний показник досяг 14 балів, що свідчить про нормальне відчуття виснаження. Найнижчий показник склав 1 бал.

Скарги на шлунково-кишкові проблеми мали середній показник 4,75 бала ($SD=3,6$). Діапазон індивідуальних показників був помірним - від повної відсутності таких скарг (0 балів) до трохи вираженої симптоматики (12 балів).

За шкалою "Скелетно-м'язові скарги" середнє значення склало 6,87 бала ($SD=3,02$). Ця категорія симптомів виявилася другою за вираженістю після виснаження. Індивідуальні показники коливалися від 3 до 13 балів.

Серцеві скарги мали середній показник - 5,09 бала ($SD=3,5$). Діапазон індивідуальних значень склав від 1 до 13 балів. Низький показник за цією шкалою може бути пов'язаний з тим, що серцеві симптоми викликають більше занепокоєння і люди з вираженими проявами швидше звертаються за медичною допомогою.

Загальний показник соматичних скарг мав середнє значення 24,21 бала ($SD=14,04$). Значне стандартне відхилення вказує на високу варіативність вираженості соматичних симптомів у досліджуваних. Індивідуальні показники коливалися від 5 до 52 балів, що свідчить про наявність як осіб з мінімальними соматичними скаргами, так і осіб з вираженою соматичною симптоматикою.

Для детальнішого аналізу вибірка була поділена на чотири групи за рівнем загального показника соматичних скарг:

- Група 1 (норма): загальний показник до 15 балів - 9 осіб (28,1%)
- Група 2 (помірний): загальний показник 30-45 балів - 11 осіб (34,4%)
- Група 3 (високий рівень): загальний показник 45-60 балів - 10 осіб (31,3%)
- Група 4 (дуже високий) : загальний показник понад 60 балів - 2 особи (6,3%)

Для наочності результати групування представлені на Рис.2.1.

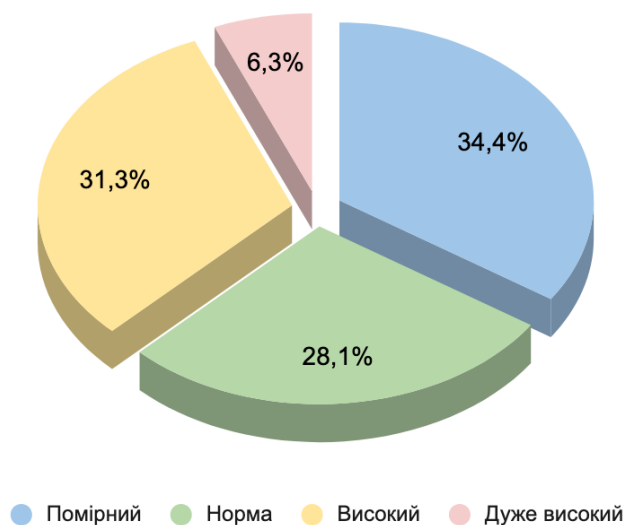


Рис. 2.1 Групи за рівнем загального показника соматичних скарг

Таким чином, більше третини досліджуваних (37,3%) мають високий або дуже високий рівень соматичних скарг, що підтверджує актуальність проблеми психосоматичних проявів у вибірці.

Наступним етапом переглянемо результати за опитувальником соматизації PHQ-15. Опитувальник дозволив оцінити вираженість 15 найбільш поширених соматичних симптомів. Результати представлені в Таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Описова статистика за опитувальником PHQ-15

Показник	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Мінімум	Максимум
Загальний бал PHQ-15	8,1	4,9	1	16

Середній загальний бал за опитувальником PHQ-15 склав 8,1 (SD=4,9), що відповідає межі між низьким та середнім рівнем соматизації. Індивідуальні показники коливалися від відсутності соматичних скарг (1 балів) до середнього рівня соматизації (16 балів з можливих 30). Відсоткове співвідношення представлено на Рис.2.2.

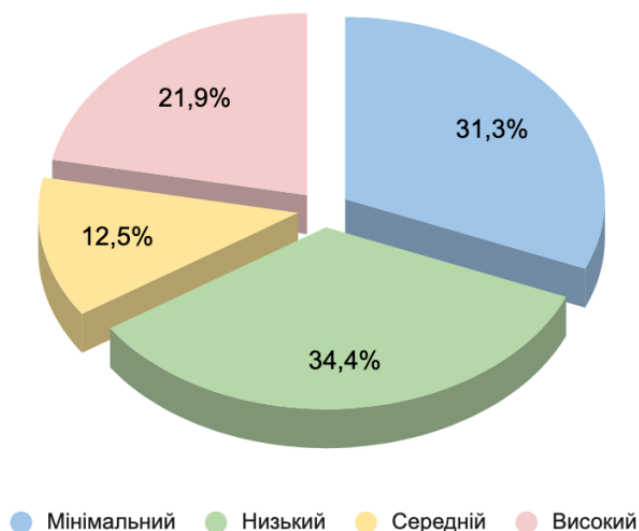


Рис.2.2 Рівень соматизації

Згідно з діаграмою у 10 респондентів (31,3%) спостерігається мінімальна соматизація, в 11 (34,4%) низька. А середня в 4 (12,5) та висока у 7 респондентів (21,9). Майже чверть усіх респондентів має високий рівень соматизації що свідчить про актуальність та важливість дослідження.

Цікаво відзначити, що 64,5% досліджуваних мають мінімальний або низький рівень соматизації, тоді як 34,4% демонструють середній або високий рівень. Це дещо відрізняється від результатів Гіссенського опитувальника, де 37,3% мали високий або дуже високий рівень скарг. Така різниця може бути пов'язана з тим, що РНQ-15 оцінює лише 15 основних симптомів, тоді як Гіссенський опитувальник включає більш широкий спектр соматичних проявів.

Для перевірки узгодженості двох методик діагностики соматичних проявів було проведено кореляційний аналіз за Пірсоном. Результати представлені в Таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Кореляційні зв'язки між показниками Гіссенського опитувальника та РНQ-15

Показники	РНQ-15 загальний бал
Виснаження	0,73
Шлунково-кишкові скарги	0,66
Скелетно-м'язові скарги	0,75
Серцеві скарги	0,83
Загальний показник Гіссена	0,74

Примітка: $p < 0,01$

Отримані результати свідчать про високу конвергентну валідність обох методик. Найтісніший зв'язок спостерігається між загальними показниками Гіссенського опитувальника та РНQ-15 ($r = 0,83$, $p < 0,01$), що підтверджує, що обидві методики вимірюють спільний конструкт - вираженість психосоматичних

проявів. Високі кореляції також виявлено між шкалами “Скелетно-м’язові скарги” ($r = 0,75$) та “Виснаження” ($r = 0,73$), що узгоджується з клінічними спостереженнями: підвищене відчуття фізичного виснаження часто супроводжується соматичними симптомами у м’язовій та опорно-руховій системі.

Таким чином, можна зробити висновок, що значна частина досліджуваних демонструє наявність соматичних симптомів різного ступеня вираженості, при цьому в окремих осіб спостерігається високий рівень соматизації, який може бути опосередкований емоційними факторами, зокрема високим рівнем тривожності та труднощами у розпізнаванні й вербалізації емоцій (алекситимією).

Ці результати створюють підґрунтя для подальшого аналізу емоційно-особистісних особливостей респондентів і домінуючих копінг-стратегій, що дозволить виявити психологічні чинники, пов’язані з психосоматичними проявами.

2.3. Результати дослідження рівня алекситимії та тривожності

Для виявлення емоційних чинників, що можуть бути пов’язані з соматичними проявами, було проведено діагностику рівня алекситимії за допомогою Торонтської алекситимічної шкали (TAS-20) та оцінено рівень реактивної тривожності за шкалою Спілберга (State Anxiety Inventory).

Опис результатів за Торонтською алекситимічною шкалою (TAS-20)

TAS-20 складається з трьох факторів:

1. Труднощі у розпізнаванні емоцій (DIF)
2. Труднощі у вербалізації емоцій (DDF)
3. Зовнішньо орієнтоване мислення (EOT)

Результати описової статистики представлені у Таблиці 2.4.

Описова статистика за Торонтською апекситимічною шкалою (TAS-20)

Показник	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Мінімум	Максимум
Труднощі у розпізнаванні емоцій (DIF)	19,4	5,6	9	30
Труднощі у вербалізації емоцій (DDF)	14,8	4,3	6	24
Зовнішньо орієнтоване мислення (EOT)	22,1	5,1	11	33
Загальний бал TAS-20	56,3	10,9	32	77

Згідно з прийнятими нормативами, значення понад 61 бал свідчить про наявність високого рівня алекситимії. У нашій вибірці 10 осіб (31,3%) мають високий рівень алекситимії, 14 осіб (43,8%) - середній, а 8 осіб (25%) - низький.

Таким чином, понад третина респондентів схильна до труднощів у розпізнаванні та вираженні власних емоцій, що потенційно може впливати на соматичні реакції організму. Найвищі середні значення спостерігаються за шкалою DIF (19,4), що вказує на труднощі у розпізнаванні власних почуттів, тоді як найнижчі - за шкалою DDF (14,8).

Результати за шкалою реактивної тривожності Спілберга

Шкала Спілберга (State Anxiety Inventory) вимірює **актуальний стан тривожності** у момент тестування. Результати подано в таблиці 2.5.

Описова статистика за шкалою реактивної тривожності Спілберга

Показник	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Мінімум	Максимум
Реактивна тривожність (State Anxiety)	42,8	10,7	21	63

Згідно з нормативами інтерпретації (низький рівень - до 30 балів, середній - 31-45, високий - понад 46 балів), у вибірці:

- 9 осіб (28,1%) продемонстрували високий рівень тривожності,
- 15 осіб (46,9%) - середній рівень,
- 8 осіб (25%) - низький рівень.

Отже, більшість респондентів мають помірну або підвищену тривожність, що може відображати загальну емоційну напруженість у вибірці та схильність до соматизації як форми вираження внутрішнього напруження.

Кореляційний аналіз між рівнем алекситимії, тривожності та соматизації

Для перевірки гіпотези про зв'язок емоційних факторів із психосоматичними проявами було проведено кореляційний аналіз Пірсона між показниками TAS-20, шкали Спілберга, Гіссенського опитувальника та PHQ-15. Результати подано в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Кореляційні зв'язки між показниками алекситимії, тривожності та соматизації

Показники	PHQ-15	Гіссен (заг.)	Тривожність
TAS-20 (заг.)	0,58	0,61	0,49
DIF	0,63	0,66	0,52
DDF	0,41	0,44	0,39
EOT	0,33	0,36	0,28

Примітка. $p < 0,05$; $p < 0,01$.

Отримані результати вказують на виражений позитивний зв'язок між рівнем алекситимії (особливо її компонентом «труднощі у розпізнаванні емоцій») та вираженістю соматичних скарг. Це підтверджує, що нездатність розпізнавати й виражати емоції супроводжується підвищенням тілесних симптомів. Також виявлено позитивний зв'язок між реактивною тривожністю та рівнем соматизації ($r = 0,52$, $p < 0,01$), що узгоджується з сучасними уявленнями про роль емоційного напруження як чинника психосоматичних розладів.

2.4. Дослідження копінг-стратегій та їх зв'язку з психосоматичністю

Для вивчення особливостей подолання стресових ситуацій респондентами було використано методику Brief COPE (Carver, 1997), адаптовану для української вибірки. Опитувальник включає 14 шкал, що відображають різні копінг-стратегії. Результати дослідження представлені в Таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Описова статистика за шкалами Brief COPE

Копінг-стратегія	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Мінімум	Максимум
Активне подолання	6,9	1,8	3	10
Планування	7,3	1,6	4	10
Позитивне переформулювання	6,8	2,0	2	10
Прийняття	7,6	1,7	4	10
Звернення до емоційної підтримки	6,1	2,1	2	10
Звернення до інструментальної підтримки	5,8	2,2	2	10

Копінг-стратегія	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Мінімум	Максимум
Почуття гумору	5,2	2,3	1	10
Релігійне копінування	4,7	2,5	1	10
Самодистанціювання	6,4	1,9	3	10
Уникнення	5,5	2,1	2	10
Заперечення	4,8	1,8	2	9
Самозвинувачення	6,2	2,0	3	10
Вживання психоактивних речовин	3,2	1,4	2	8
Емоційна розрядка	5,9	1,8	2	9

Найбільш вираженими у вибірці виявилися адаптивні копінг-стратегії - прийняття (M=7,6), планування (M=7,3) та активне подолання (M=6,9). Це свідчить про прагнення більшості респондентів активно вирішувати проблеми, приймати ситуацію та шукати конструктивні шляхи виходу.

Помірно вираженими є позитивне переформулювання (M=6,8) і звернення до соціальної підтримки (емоційної - M=6,1; інструментальної - M=5,8), що вказує на наявність ресурсності у міжособистісних контактах.

Менш вираженими виявилися неадаптивні стратегії, такі як заперечення (M=4,8), уникнення (M=5,5), самозвинувачення (M=6,2) і вживання психоактивних речовин (M=3,2).

Однак навіть відносно помірні показники уникання й самозвинувачення можуть виступати як психологічні механізми соматизації - непрямого прояву емоцій через тіло.

З метою виявлення взаємозв'язків між використовуваними копінг-стратегіями та рівнями соматизації, алекситимії й тривожності було проведено кореляційний аналіз Пірсона та представлено в Таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Кореляційні зв'язки між копінг-стратегіями, алекситимією, тривожністю та соматизацією

Копінг-стратегія	PNQ-15	TAS-20	Тривожність
Активне подолання	-0,42	-0,36	-0,31
Планування	-0,39	-0,33	-0,27
Прийняття	-0,45	-0,41	-0,38
Позитивне переформулювання	-0,40	-0,37	-0,35
Звернення до емоційної підтримки	-0,21	-0,28	-0,30
Уникнення	0,46	0,44	0,49
Самозвинувачення	0,50	0,55	0,53
Заперечення	0,43	0,38	0,47
Вживання психоактивних речовин	0,31	0,36	0,40

Примітка. $p < 0,05$; $p < 0,01$.

Виявлені кореляційні зв'язки свідчать, що адаптивні копінг-стратегії (активне подолання, планування, прийняття, позитивне переформулювання) негативно корелюють із рівнем соматизації та алекситимії. Це означає, що чим більш конструктивно людина долає труднощі, тим нижчою є ймовірність тілесного вираження емоційних конфліктів.

Натомість дезадаптивні стратегії, такі як уникнення, самозвинувачення та заперечення, позитивно пов'язані з соматизацією ($r = 0,46 - 0,50$, $p < 0,01$) і алекситимією ($r = 0,44 - 0,55$, $p < 0,01$). Це свідчить про те, що уникання емоцій та самоосуд можуть сприяти накопиченню напруження й тілесних симптомів, особливо в осіб із низькою здатністю до емоційної саморефлексії.

Таким чином, результати дослідження копінг-стратегій та їх зв'язку з психосоматичністю підтверджують теоретичні припущення про ключову роль копінг-поведінки у розвитку та підтриманні психосоматичних симптомів [13, С. 238].

Виявлено, що адаптивні копінг-стратегії, зокрема активний копінг та планування, асоціюються з нижчим рівнем соматичних скарг. Це узгоджується з дослідженнями, які показують, що проблемно-фокусований копінг сприяє ефективному вирішенню стресових ситуацій та знижує ймовірність соматизації [9, С. 94].

Деадаптивні копінг-стратегії, особливо самозвинувачення, заперечення та вентиляція емоцій, показали сильні позитивні зв'язки з психосоматичними проявами. Самозвинувачення виявилось найбільш проблемною стратегією, що може бути пов'язано з тим, що постійна самокритика підтримує стан хронічного стресу та призводить до виснаження психологічних ресурсів [9, С. 97]. Виявлений тісний зв'язок між алекситимією та соматизацією підтверджує теорію про те, що нездатність адекватно розпізнавати та виражати емоції призводить до їх трансформації у соматичні симптоми [23, С. 52]. Особи з високим рівнем алекситимії також демонструють меншу здатність до використання адаптивних копінг-стратегій, що створює замкнене коло: труднощі в емоційній регуляції → деадаптивний копінг → соматизація [16, С. 250].

Висока тривожність також виявилася важливим фактором психосоматичності, що узгоджується з дослідженнями про роль тривожності у підвищенні соматичної гіперпильності та катастрофічній інтерпретації тілесних відчуттів [7, С. 172].

Висновки до розділу 2

У другому розділі було здійснено емпіричне дослідження, спрямоване на виявлення особливостей взаємозв'язку між рівнем соматизації, алекситимією,

тривожністю та домінуючими копінг-стратегіями у вибірці учасників громадської організації «Добробут».

Результати, отримані за допомогою Гіссенського опитувальника соматичних скарг та опитувальника соматизації PHQ-15, засвідчили, що понад третина респондентів (37,3%) мають високий або дуже високий рівень соматичних скарг, а у 34,4% спостерігається середній або високий рівень соматизації. Це свідчить про наявність значного відсотка осіб із підвищеною схильністю до психосоматичних реакцій.

Виявлено сильну позитивну кореляцію між показниками Гіссенського опитувальника та PHQ-15 ($r = 0,83$, $p < 0,01$), що підтверджує їх конвергентну валідність і засвідчує, що обидві методики вимірюють єдиний конструкт - вираженість психосоматичних симптомів.

Аналіз результатів за Торонтською алекситимічною шкалою (TAS-20) показав, що 31,3% респондентів мають високий рівень алекситимії, а ще 43,8% - середній. Найвищі показники отримано за шкалою «труднощі у розпізнаванні емоцій», що свідчить про недостатню емоційну усвідомленість учасників дослідження.

Дані шкали реактивної тривожності Спілберга засвідчили, що більшість досліджуваних характеризуються помірною або підвищеною тривожністю, що може виступати фоном для психосоматичних проявів.

Кореляційний аналіз виявив значущі позитивні зв'язки між рівнем алекситимії, тривожністю та соматизацією. Найтісніші кореляції спостерігаються між шкалою «труднощі у розпізнаванні емоцій» і соматичними скаргами ($r = 0,63-0,66$, $p < 0,01$), що підтверджує, що нездатність усвідомлювати та виражати емоції є одним із ключових чинників тілесного реагування на стрес.

Результати методики Brief COPE показали, що у більшості респондентів переважають адаптивні копінг-стратегії (прийняття, планування, активне подолання, позитивне переформулювання). Проте значна частка осіб застосовує і дезадаптивні

стратегії - уникнення, заперечення, самозвинувачення, які позитивно корелюють із рівнем соматизації ($r = 0,43-0,50, p < 0,01$) та алекситимії ($r = 0,44-0,55, p < 0,01$).

Таким чином, результати емпіричного дослідження дозволяють зробити певні узагальнення. Виявлено, що психосоматичні прояви у вибірці мають виражений зв'язок із емоційними та когнітивно-поведінковими факторами, зокрема з алекситимією, високою тривожністю та використанням неадаптивних копінг-стратегій. Важливу роль відіграє алекситимія, яка виступає медіатором між емоційною напруженістю та соматизацією; саме вона обумовлює труднощі в переробці емоційного досвіду, що в подальшому підсилює тілесні симптоми.

З іншого боку, конструктивні копінг-стратегії, такі як активне подолання, прийняття та позитивне переформулювання, виконують захисну функцію, сприяючи зниженню рівня як соматизації, так і тривожності. На противагу цьому, дезадаптивні стратегії, серед яких уникнення, заперечення та самозвинувачення, підвищують ймовірність виникнення психосоматичних реакцій, а отже, можуть розглядатися як ключові мішені для подальшої психокорекційної роботи.

Отже, узагальнення емпіричних результатів підтверджує, що визначальними чинниками формування психосоматичних симптомів є ефективність емоційної регуляції, рівень усвідомленості власних переживань та способи подолання стресу. Виходячи з цього, подальше дослідження має бути спрямоване на розробку психопрофілактичних і психокорекційних програм, націлених на розвиток емоційної компетентності та формування адаптивних способів реагування.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ ЕФЕКТИВНИХ КОПІНГ- СТРАТЕГІЙ

3.1. Теоретичо-методологічні засади психологічних інтервенцій у роботі з психосоматичними розладами

Сучасне розуміння психосоматичних розладів як комплексного міждисциплінарного явища вимагає ґрунтового теоретико-методологічного обґрунтування психологічних інтервенцій. Аналіз наукових джерел свідчить, що психосоматичні стани виникають як результат складної взаємодії емоційної дисрегуляції, когнітивних викривлень, особистісних характеристик та хронічного стресу [4, С. 7]. Це обумовлює необхідність інтегративного підходу до розробки корекційних програм, що враховує всі компоненти даного явища та забезпечує можливість комплексного впливу на різні рівні функціонування особистості.

Провідною методологічною основою виступає біопсихосоціальна модель, яка наголошує на багатофакторній природі психосоматичних розладів та необхідності інтегрованого підходу до подолання симптоматики [11, С. 536]. Ця модель, запропонована Дж. Енгелем, дозволяє розглядати клієнта цілісно, враховуючи біологічні, психологічні та соціальні аспекти його стану, що є особливо важливим при плануванні тривалої терапевтичної роботи. Біологічний компонент включає генетичну схильність, нейрофізіологічні особливості, стан вегетативної нервової системи та імунологічні характеристики. Психологічний компонент охоплює особистісні риси, емоційні патерни, когнітивні схеми та копінг-стратегії. Соціальний компонент передбачає аналіз сімейної ситуації, професійного середовища, культурного контексту та соціальної підтримки. Саме інтеграція цих трьох рівнів забезпечує можливість глибокого розуміння механізмів виникнення та підтримання психосоматичної симптоматики.

Значну роль у поясненні механізмів виникнення симптомів відіграє транзакційна модель стресу й копінг Р. Лазаруса та С. Фолкман. Автори підкреслюють важливість когнітивної оцінки життєвих подій як центрального механізму формування копінг-поведінки [13, С. 117]. Відповідно до цієї моделі, стресова реакція виникає не автоматично у відповідь на зовнішній стимул, а є результатом складного процесу когнітивної оцінки, що включає первинну оцінку ситуації як загрозливої, контрольованої чи нейтральної, а також вторинну оцінку власних ресурсів для подолання виклику. Саме суб'єктивна оцінка ситуації визначає вибір стратегій подолання стресу, що безпосередньо впливає на розвиток психосоматичної симптоматики. Проблемно-фокусовані стратегії спрямовані на зміну самої ситуації або власної поведінки у ній, тоді як емоційно-фокусовані стратегії орієнтовані на регуляцію емоційної реакції на стресор. Деадаптивні копінг-стратегії, такі як уникнення, заперечення, самозвинувачення або вживання психоактивних речовин, призводять до накопичення невирішених проблем та хронічного стресу, що створює сприятливе підґрунтя для розвитку психосоматичних розладів.

Особливого значення набуває аналіз емоційної сфери осіб із психосоматичними розладами. Дослідження показують, що психосоматична симптоматика часто супроводжується алекситимією, тенденцією до соматизації й ригідністю емоційних реакцій [5, С. 55]. Алекситимія, вперше описана П. Сіфнеосом, характеризується труднощами в ідентифікації та описі власних емоційних станів, зниженою здатністю до символізації та переважанням екстернально орієнтованого мислення над інтроспекцією. Особи з високим рівнем алекситимії схильні сприймати емоційне збудження переважно через призму тілесних відчуттів, що призводить до формування стійкого зв'язку між емоційними переживаннями та соматичними симптомами. У цьому контексті модель емоційної регуляції Дж. Гросса надає змогу зрозуміти патогенетичні механізми формування симптомів, зокрема через хронічне придушення емоцій, що спричиняє тривале

фізіологічне напруження [14, С. 285]. Згідно з цією моделлю, емоційна регуляція може відбуватися на різних етапах емоційного процесу, а придушення експресії емоцій є найменш адаптивною стратегією, оскільки воно блокує зовнішній прояв емоції, але не знижує фізіологічне збудження, що супроводжує емоційне переживання. Це створює ситуацію хронічної фізіологічної активації, яка з часом може трансформуватися у стійкі соматичні симптоми.

У вітчизняній науковій традиції поняття життєстійкості та адаптивних ресурсів особистості, запропоновані О. Кокуном, відіграють важливу роль у формуванні ефективних копінг-поведінкових схем. Життєстійкість розглядається як інтегральна характеристика особистості, що включає переконання в можливості впливати на хід подій, готовність активно діяти у складних ситуаціях та здатність розглядати труднощі як можливість для розвитку. Високий рівень життєстійкості асоціюється з використанням активних проблемно-фокусованих копінг-стратегій, позитивною переоцінкою стресових ситуацій та пошуком соціальної підтримки. Із позиції сучасної психосоматичної психології, представлені роботами В. Подкоритова, психологічні чинники можуть виступати як тригерами, так і модераторами соматичних проявів [4, С. 9], що підкреслює важливість психологічного втручання в комплексному лікуванні. Психологічні фактори можуть ініціювати початок соматичного захворювання через механізми психонейроімунологічної регуляції, а також модулювати перебіг вже існуючих соматичних станів через вплив на процеси сприйняття симптомів, комплаєнс до лікування та загальну адаптаційну спроможність організму.

Когнітивно-поведінковий підхід, розроблений А. Беком та А. Еллісом, надає концептуальну рамку для розуміння ролі когнітивних факторів у підтриманні психосоматичної симптоматики. Згідно з цим підходом, не самі події викликають емоційні та фізіологічні реакції, а інтерпретація цих подій крізь призму індивідуальних когнітивних схем. Катастрофічне мислення, надмірне фокусування уваги на тілесних відчуттях, дихотомічне мислення типу «все або нічого» та

персоналізація створюють когнітивні викривлення, що підсилюють тривогу та сприяють розвитку соматичних симптомів. Когнітивна реструктуризація, спрямована на виявлення та модифікацію дисфункціональних когнітивних схем, є ефективним методом психологічної корекції при психосоматичних розладах.

Концепція усвідомленості (mindfulness), що має коріння в буддійській медитативній традиції та була адаптована для психотерапевтичної практики Дж. Кабат-Зінном, пропонує альтернативний підхід до роботи з тілесними відчуттями та емоційними станами. Усвідомленість визначається як стан присутності у теперішньому моменті з відкритістю, допитливістю та прийняттям власного досвіду без судження. Практики усвідомленості сприяють розвитку метакогнітивної здатності спостерігати за власними думками, емоціями та тілесними відчуттями, не ототожнюючись з ними та не реагуючи на них автоматично. Це дозволяє розірвати замкнене коло реактивності, коли тілесні відчуття автоматично інтерпретуються як загрозливі, що породжує тривогу, яка в свою чергу посилює соматичні симптоми.

Терапія прийняття та відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy, АСТ), розроблена С. Хейсом, інтегрує принципи усвідомленості з поведінковими інтервенціями та роботою з цінностями. Центральною концепцією АСТ є психологічна гнучкість, яка визначається як здатність бути у контакті з теперішнім моментом, повністю та без захисту, як свідома людська істота, та змінювати або зберігати свою поведінку відповідно до обраних цінностей. У контексті роботи з психосоматичними розладами АСТ пропонує відхід від боротьби з симптомами та культивування прийняття неприємних тілесних відчуттів як частини людського досвіду, що парадоксальним чином призводить до зниження їх інтенсивності та впливу на якість життя.

Інтеграція зазначених теоретичних підходів створює міцне методологічне підґрунтя для розробки комплексної програми психологічних інтервенцій при психосоматичних розладах. Така програма має враховувати біопсихосоціальну природу розладу, фокусуватися на розвитку адаптивних копінг-стратегій, сприяти

підвищенню емоційної компетентності, включати когнітивну реструктуризацію дисфункціональних переконань про симптоми, розвивати навички усвідомленості та психологічної гнучкості, а також зміцнювати життестійкість та адаптивні ресурси особистості. Саме такий багаторівневий підхід здатний забезпечити стійкі терапевтичні зміни та сприяти не лише зниженню симптоматики, але й загальному підвищенню якості життя та психологічного благополуччя осіб з психосоматичними розладами.

Таким чином, система психологічних інтервенцій при психосоматичних розладах базується на поєднанні біопсихосоціального підходу, теорії емоційної регуляції, транзакційної моделі стресу, концепцій життестійкості, когнітивно-поведінкової терапії, усвідомленості та сучасних уявлень про алекситимію. Це забезпечує можливість комплексного впливу на когнітивні, емоційні та поведінкові механізми, залучені у формування та підтримання психосоматичних реакцій, а також створює передумови для формування стійких адаптивних патернів подолання стресу та емоційної регуляції.

Теоретико-методологічні основи психологічних інтервенцій при психосоматичних розладах систематизовані та представлені в таблиці 3.1, яка відображає ключові теоретичні підходи, їх основні положення та значення для побудови ефективних психологічних інтервенцій.

Таблиця 3.1

**Теоретико-методологічні основи психологічних інтервенцій при
психосоматичних розладах**

Теоретичний підхід	Основні положення	Значення для інтервенцій
Концепція життестійкості (О. Кокун)	Життестійкість пов'язана з активним подоланням труднощів та здатністю до адаптації	Спрямування інтервенцій на розвиток активних стратегій; зміцнення особистісних ресурсів та адаптаційного потенціалу

Біопсихосоціальна модель (Дж. Енгель)	Психосоматичні розлади виникають як результат взаємодії біологічних (генетична схильність, нейрофізіологічні особливості), психологічних (особистісні риси, емоційні патерни, когнітивні схеми) та соціальних (сімейна ситуація, професійне середовище, культурний контекст) чинників.	Орієнтація на комплексність втручання та необхідність інтеграції різних рівнів роботи. Врахування взаємозв'язків між системами організму та необхідність координації з медичними фахівцями. Розуміння, що психологічні інтервенції є частиною комплексного лікування.
Транзакційна модель стресу (Р. Лазарус, С. Фолкман)	Стрессова реакція залежить від когнітивної оцінки ситуації (первинна та вторинна оцінка). Копінг є свідомою стратегією реагування на стрессогенні ситуації, що може бути проблемно-фокусованим або емоційно-фокусованим. Деадаптивні копінг-стратегії призводять до хронічного стресу.	Розвиток навичок переоцінки стресових ситуацій, планування та реінтерпретації подій. Формування адаптивних стратегій подолання стресу замість деадаптивних патернів уникнення та заперечення. Навчання диференційованому використанню різних копінг-стратегій залежно від контролюваності ситуації.

Теоретичний підхід	Основні положення	Значення для інтервенцій
Модель емоційної регуляції (Дж. Гросс)	Емоційна регуляція може відбуватися на різних етапах емоційного процесу. Придушення експресії емоцій є найменш адаптивною стратегією, оскільки не знижує фізіологічне збудження. Хронічне придушення емоцій призводить до тривалого фізіологічного напруження та формування соматичних симптомів.	Формування навичок емоційної обізнаності та інтеграції емоційного досвіду. Навчання конструктивним способам вираження емоцій замість їх придушення або соматизації. Розвиток здатності використовувати адаптивні стратегії емоційної регуляції на ранніх етапах емоційного процесу.
Концепція алекситимії (П. Сіфнеос, Дж. Тейлор)	Труднощі розпізнавання та опису емоцій, тенденція до соматизації афекту	Інтервенції, спрямовані на розширення емоційного словника, розвиток емоційного усвідомлення через тілесні відчуття та формування навичок вербалізації емоційних станів. Розвиток емоційного інтелекту та здатності диференціювати емоційні переживання.

3.2. Психологічні рекомендації щодо формування ефективних копінг-стратегій при психосоматичних розладах

Аналіз теоретико-методологічних засад психологічних інтервенцій при психосоматичних розладах дозволив виокремити ключові проблемні області, що детермінують розвиток та підтримку психосоматичної симптоматики. Отримані результати засвідчили необхідність диференційованого підходу до психокорекційної роботи, оскільки уніфіковані методи виявляються недостатньо ефективними через гетерогенність психологічного профілю клієнтів. Інтеграція положень біопсихосоціальної моделі, теорії стресу та копіngu, концепцій емоційної регуляції та алекситимії дала змогу сформувати низку цілеспрямованих практичних рекомендацій, втілених у трьох спеціалізованих тренінгових програмах.

Ключові напрямки психологічної корекції, що впливають із теоретичного аналізу, охоплюють кілька взаємопов'язаних аспектів. Перший напрямок пов'язаний з модуляцією перцептивно-когнітивного сприйняття соматичних симптомів. Цей підхід, реалізований у тренінгу для осіб з високою психосоматизацією, спрямований на розрив порочного кола «відчуття - катастрофізація - стрес - посилення відчуття». Він ґрунтується на сучасних уявленнях про перцептивну дисрегуляцію як основу для виникнення стійких соматосенсорних образів. Особи з високим рівнем психосоматизації часто демонструють підвищену інтероцептивну чутливість, що призводить до надмірного фокусування уваги на нормальних фізіологічних процесах та їх інтерпретації як патологічних симптомів. Це створює замкнене коло, де увага до тілесних відчуттів посилює їх сприйняття, що, в свою чергу, генерує тривогу та провокує подальше фокусування уваги на тілі.

Робота в цьому напрямку передбачає розвиток інтероцептивної усвідомленості, що дозволяє диференціювати нормальні телесні сигнали від патологічних симптомів, та когнітивну перепідготовку для зменшення катастрофізації. Важливо підкреслити, що інтероцептивна усвідомленість у даному контексті не означає посилення уваги до тіла, а радше формування якісно іншого

способу сприйняття тілесних відчуттів - без автоматичного оцінювання їх як загрозливих. Це узгоджується з принципами когнітивно-поведінкової терапії, які передбачають реатрибуцію симптомів та модифікацію катастрофічних переконань.

Психоосвітній компонент цього напрямку є критично важливим, оскільки більшість клієнтів з психосоматичними розладами не розуміють механізмів виникнення своїх симптомів та схильні до медичних пояснень, що зосереджуються виключно на органічній патології. Когнітивна перепідготовка включає систематичну роботу з автоматичними думками, що виникають у відповідь на тілесні відчуття. Клієнти навчаються ідентифікувати когнітивні викривлення, такі як катастрофізація, вибіркова увага та персоналізація. Техніки когнітивної реструктуризації дозволяють замінити ці дисфункціональні думки на більш раціональні та збалансовані інтерпретації.

Другий ключовий напрямок зосереджений на розвитку емоційної компетентності та подоланні дефіциту вербалізації афекту. Цей підхід є центральним для роботи з особами, що мають риси алекситимії. Він безпосередньо впливає з розуміння алекситимії як фундаментального чинника соматизації, коли неідентифіковані та невербалізовані емоції знаходять вихід через фізіологічне напруження. Практичні інтервенції в цьому випадку зосереджені на послідовному розширенні емоційного словника, навчанні ідентифікації емоцій через їх тілесні кореляти та формуванні навичок їх конструктивного вираження. Особливістю роботи з алекситимічними клієнтами є необхідність починати з найбільш базового рівня - навчання розрізняти основні емоційні стани перед тим, як переходити до більш складних та нюансованих емоційних переживань.

Застосування вправи «АВС» дозволяє клієнтам встановити чіткі зв'язки між зовнішніми подіями, їх когнітивною інтерпретацією, емоційними реакціями та тілесними проявами. Це сприяє розвитку метакогнітивної здатності - вміння спостерігати за власними психічними процесами та розуміти їх логіку[6, С. 89]. Систематична робота з «Щоденником емоцій», де клієнт щоденно фіксує ситуації,

емоції та тілесні відчуття, поступово формує навичку емоційної рефлексії та інтеграції емоційного досвіду у свідомість.

Третій важливий напрямок стосується трансформації пасивних стратегій подолання в активні та ресурсні. Цей підхід, що реалізується в тренінгу для осіб із дезадаптивним копінгом, базується на транзакційній моделі стресу та концепції життєстійкості. Він передбачає свідомий перехід від стратегій уникнення, капітуляції та емоційної дистанційованості до стратегій планування, пошуку соціальної підтримки та позитивної переоцінки ситуації. Формування адаптивних копінг-стратегій розглядається як ключовий чинник підвищення стресостійкості та порушення патогенетичного ланцюга «хронічний стрес - дезадаптація - психосоматичний симптом».

Рольові ігри дозволяють відпрацювати конкретні навички звернення за допомогою, долаючи страх відмови або осуду. Зміцнення життєстійкості та розвиток оптимізму спрямовані на формування фундаментальних переконань особистості про себе та світ. Техніка «Переоцінка на користь» навчає знаходити позитивні аспекти навіть у складних ситуаціях, що не означає заперечення проблем, а радше формує здатність бачити в них можливості для зростання. Вправа «Досягнення та ресурси» активізує пам'ять про минулі успіхи у подоланні труднощів, що підвищує самоефективність - віру у власну здатність справлятися з викликами.

На основі теоретико-методологічних засад можна виокремити цілеспрямовані психологічні інтервенції для різних груп клієнтів із психосоматичними розладами. Кожна з трьох тренінгових програм має чітку структуру, що відображає логіку психологічної роботи від усвідомлення проблеми через навчання новим навичкам до їх інтеграції у повсякденне життя. Структура тренінгових занять представлена в Таблицях 3.2., 3.3., 3.4.

Тренінг для осіб з високим рівнем психосоматизації: "Тіло як об'єкт уваги"

Цей тренінг призначений для клієнтів, у яких спостерігається підвищена схильність до соматизації стресу та емоційних переживань, що проявляється у численних та часто мігруючих тілесних симптомах за відсутності достатнього органічного підґрунтя [18, С. 258]. Такі клієнти зазвичай мають високі показники за шкалою РНQ-15 та демонструють надмірну фокусування уваги на тілесних відчуттях. Тренінг представлений в таблиці 3.2 та складається з чотирьох взаємопов'язаних блоків, кожен з яких вирішує специфічні завдання у загальній логіці психологічної корекції.

Таблиця 3.2

Тренінг для осіб з високим рівнем психосоматизації

Блок	Мета	Зміст та методи
1. Психосвіта	Сформувати раціональне розуміння природи симптомів, зменшити катастрофізацію та страх.	Інформація про психосоматичні зв'язки: як стрес, тривога та емоції впливають на організм (наприклад, м'язове напруження, вегетативні реакції). Вправи: ведення «Щоденника симптомів» для фіксації зв'язку між стресовими подіями, емоціями та появою/посиленням симптомів.
2. Розвиток інтероцептивної усвідомленості	Зменшити перцептивну гіперчутливість до нормальних bodily-відчуттів, які часто сприймаються як симптоми.	Техніки сканування тіла (Body Scan): ненав'язливе спостереження за bodily-відчуттями без спроби їх змінити. Вправи на диференціацію відчуттів: навчитися розрізняти фізіологічний голод, втому, емоційне збудження.

Блок	Мета	Зміст та методи
3. Формування адаптивних стратегій регуляції напруги	Навчитися фізіологічним методам контролю над стресовими реакціями, зменшити фізіологічне напруження.	Прогресивна м'язова релаксація (за Джекобсоном): систематичне напруження та розслаблення груп м'язів для зниження загального рівня стресу. Дихальні вправи: техніка глибокого діафрагмального дихання для швидкого зниження вегетативного збудження.
4. Когнітивна перепідготовка	Змінити дисфункціональні когнітивні схеми, що посилюють стрес та симптоматику.	Техніка «Стоп-Катастрофізація»: виявлення та оспорювання автоматичних думок, пов'язаних із симптомами (наприклад, «це щось страшне») Реінтерпретація симптомів: навчитися розглядати симптом (наприклад, головний біль) як сигнал про потребу в відпочинку, а не як загрозу здоров'ю.

Психоосвітній блок має критичне значення, оскільки формує концептуальну основу для всієї подальшої роботи. Клієнти отримують інформацію про нейрофізіологічні механізми стресу, роль вегетативної нервової системи у виникненні тілесних симптомів та вплив хронічного стресу на організм [10, С. 375]. Особлива увага приділяється поясненню феномену «замкненого кола симптомів», коли страх перед симптомом посилює тривогу, що в свою чергу через активацію симпатичної нервової системи генерує нові або посилює існуючі симптоми. Ведення «Щоденника симптомів»

дозволяє клієнтам самостійно відстежувати зв'язки між життєвими подіями, емоційними реакціями та появою симптоматики, що підвищує усвідомленість психосоматичних зв'язків та створює емпіричну базу для когнітивної реструктуризації.

Тренінг для осіб із вираженою алекситимією: "Слово для почуття"

Цей тренінг розроблений спеціально для клієнтів з високими показниками за шкалою TAS-20, які демонструють труднощі в ідентифікації та вербалізації емоцій. Алекситимічні клієнти часто не розуміють, що їхні тілесні симптоми пов'язані з емоційними переживаннями, оскільки самі емоції залишаються поза їхньою свідомістю. Тренінг складається з чотирьох послідовних блоків, що відображають логіку поступового розвитку емоційної компетентності - від розширення емоційного словника до формування навичок емоційної експресії. Тренінг представлений в Табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Тренінг для осіб із вираженою алекситимією

Блок	Мета	Зміст та методи
1. Розширення емоційного словника	Подолати обмеженість емоційного лексикону, створити основу для вербалізації.	«Азбука емоцій»: ознайомлення з базовими та складними емоціями, їхніми відтінками. Вправа «Емоційний колір»: асоціювання емоцій з кольорами, образами, тілесними відчуттями.
2. Ідентифікація емоцій у тілі	Навчитися «зчитувати» емоції через тілесні сигнали, оминаючи прямі інтроспективні спроби.	«Мапа тіла почуттів»: учасники відзначають, в якій частині тіла вони відчують різні емоції (гнів - напруга в щелепах, страх - «кома в горлі»). Вправи на спостереження: аналіз власних фізіологічних змін (пульс, дихання) як індикаторів емоційного стану [5, С. 55].

Блок	Мета	Зміст та методи
3. Зв'язок ситуацій, думок і почуттів	Сформувати навик усвідомленого зв'язку між зовнішніми подіями, думками та емоційними реакціями.	Вправа «ABC» (Activating event, Belief, Consequence): аналіз конкретних життєвих ситуацій для виявлення ланцюжка «Подія → Думка → Почуття → Реакція тіла». Робота з «Щоденником емоцій».
4. Розвиток навичок емоційної виразності	Зробити вербалізацію емоцій звичною навичкою, зменшити тенденцію до їх придушення чи соматизації.	Рольові ігри: відтворення ситуацій, що викликають емоції, з акцентом на вербальний опис свого стану («Я відчуваю занепокоєння, тому що...») Техніка «Я-повідомлення»: навчання конструктивному вираженню почуттів у комунікації без звинувачень.

Робота з емоційним словником починається з ознайомлення клієнтів з базовими емоціями (радість, сум, гнів, страх, здивування, огида) та поступово розширюється до більш складних та нюансованих емоційних станів (розчарування, ностальгія, тривога, заздрість, вдячність тощо). Вправа «Емоційний колір» використовує метафоричні асоціації для полегшення доступу до емоційного досвіду, що особливо важливо для алекситимічних клієнтів, у яких пряма інтроспекція часто неефективна. Створення «Мапи тіла почуттів» базується на дослідженнях, що показують універсальність топографії тілесних відчуттів, асоційованих з різними емоціями, незалежно від культурного контексту, що дозволяє використовувати тілесні маркери як «вхідну точку» для розпізнавання емоцій.

Тренінг для осіб із дезадаптивними копінг-стратегіями: "Інструменти подолання"

Цей тренінг призначений для клієнтів, у яких за результатами методики Brief COPE виявлено переважання дезадаптивних стратегій подолання стресу [9, С. 92]. Такі клієнти часто використовують уникнення, відмову від дій, самозвинувачення або вживання психоактивних речовин як основні способи справлятися зі стресовими ситуаціями, що призводить до накопичення нерозв'язаних проблем та хронічного стресу. Тренінг включає чотири блоки, що послідовно ведуть клієнта від усвідомлення власних неефективних патернів до формування та закріплення адаптивних копінг-стратегій. Тренінг представлений в Таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Тренінг для осіб із дезадаптивними копінг-стратегіями

Блок	Мета	Зміст та методи
1. Діагностика та аналіз власних копінг-стратегій.	Сформувати об'єктивну картину власних дезадаптивних патернів поведінки та їх наслідків.	Методика Brief COPE. Групова дискусія: обговорення переваг та недоліків різних стилів копінгу (уникнення vs проблемно-орієнтований).
2. Формування проблемно-орієнтованого підходу.	Розвинути навички активного планування та вирішення проблем замість пасивного страждання чи уникнення.	Техніка «Мозковий штурм»: генерація можливих рішень для актуальної проблемної ситуації. Метод «План подолання»: навчання складанню конкретного, покрокового плану дій для вирішення проблеми (що робити, коли, з ким зв'язатися).
3. Розвиток навичок пошуку соціальної	Зменшити соціальну ізоляцію, активізувати зовнішні ресурси для	Вправа «Карта соціальних ресурсів»: визначення кола людей, до яких можна звернутися за різними видами

підтримки.	подолання стресу.	допомоги (емоційною, інформаційною, практичною). Рольові ігри: тренування навичок звернення за допомогою.
4.Зміцнення життєстійкості та розвиток оптимізму.	Сформувати переконання у власній здатності контролювати життя та знаходити в ньому сенс навіть у стресових умовах.	Техніка «Переоцінка на користь»: пошук позитивних аспектів або уроків у стресових ситуаціях. Вправа «Досягнення та ресурси»: аналіз минулого досвіду успішного подолання труднощів для підвищення самоефективності.

Діагностичний блок дозволяє клієнтам отримати об'єктивну картину власних копінг-патернів через заповнення методики Brief COPE та обговорення результатів. Групова дискусія про переваги та недоліки різних стратегій копіngu створює безпечний простір для рефлексії над власною поведінкою та знайомства з альтернативними способами реагування на стрес. Важливо підкреслити, що жодна копінг-стратегія не є абсолютно «поганою» чи «хорошою» - їхня ефективність залежить від контексту та контролюваності ситуації [19, С. 235].

Формування проблемно-орієнтованого підходу передбачає систематичне навчання структурованому вирішенню проблем. Техніка «Мозковий штурм» допомагає подолати когнітивну ригідність та генерувати множину можливих варіантів дій, включаючи нестандартні рішення. Метод «План подолання» навчає розбивати складну проблему на конкретні кроки, визначати необхідні ресурси та послідовність дій, що підвищує відчуття контролю над ситуацією та зменшує відчуття безпорадності [13, С. 125].

Блок розвитку навичок пошуку соціальної підтримки спрямований на подолання соціальної ізоляції, яка часто супроводжує психосоматичні розлади. Вправа «Карта соціальних ресурсів» допомагає клієнтам усвідомити, що навколо них існує мережа людей, які можуть надати різні види підтримки. Рольові ігри дозволяють відпрацювати конкретні навички звернення за допомогою, долаючи внутрішні бар'єри, такі як страх бути тягарем, сором через власну «слабкість» або побоювання відмови [16, С. 20].

Заключний блок зміцнення життєстійкості спрямований на формування фундаментальних установок, що сприяють ефективному подоланню стресу. Техніка «Переоцінка на користь» навчає знаходити в складних ситуаціях можливості для особистісного зростання, розвитку нових навичок або переоцінки життєвих пріоритетів [2, С. 178]. Вправа «Досягнення та ресурси» активізує автобіографічну пам'ять про минулі успіхи у подоланні труднощів, що підвищує самоефективність та віру у власну спроможність справлятися з викликами.

Всі три тренінгові програми об'єднує спільна методологічна основа, що включає принципи активного навчання, досвідного проживання нових навичок у безпечному груповому просторі та поступового перенесення набутих умінь у реальне життя. Кожна програма передбачає домашні завдання, що сприяють закріпленню навичок у повсякденному житті, та систематичний моніторинг прогресу через ведення різних форм самоспостереження (щоденники симптомів, емоцій, копінг-поведінки). Груповий формат роботи забезпечує додаткові терапевтичні чинники, такі як універсальність досвіду (розуміння, що інші мають подібні проблеми), альтруїзм (можливість допомагати іншим учасникам), розвиток соціалізуючих навичок та міжособистісне навчання.

Тривалість кожної тренінгової програми може варіювати залежно від вихідного рівня проблем та динаміки змін, але зазвичай складає від 8 до 12 сесій тривалістю 90-120 хвилин кожна. Оптимальний розмір групи - 6-10 учасників, що забезпечує достатню різноманітність досвіду при збереженні можливості

індивідуальної уваги до кожного учасника. Ведучий групи має володіти не лише знаннями з психосоматики та групової психотерапії, але й емпатією, здатністю створювати безпечний простір та навичками роботи з опором та складними емоційними станами [1, С. 321].

Важливим аспектом реалізації тренінгових програм є їх інтеграція у загальний комплекс лікування психосоматичних розладів. Психологічні інтервенції мають доповнювати, а не замінити медичне ведення клієнтів, особливо в період загострення симптоматики [12, С. 540]. Координація між психологом, що проводить тренінг, та лікуючим лікарем забезпечує комплексний підхід, що відповідає принципам біопсихосоціальної моделі. У разі виявлення серйозних психічних розладів (депресія середньої або тяжкої ступені, тривожні розлади, суїцидальні ідеї) необхідна консультація психіатра та можливе призначення фармакотерапії як доповнення до психологічних інтервенцій.

Оцінка ефективності тренінгових програм має включати як об'єктивні показники (зміна показників за психодіагностичними методиками - PHQ-15, TAS-20, Brief COPE), так і суб'єктивну оцінку клієнтами якості життя, інтенсивності симптомів та власної здатності справлятися зі стресом [18, С. 265]. Важливо проводити не лише пост-тренінгову оцінку, але й катамнестичне спостереження через 3 та 6 місяців після завершення програми, що дозволяє оцінити стійкість терапевтичних змін та необхідність підтримуючих інтервенцій.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі було розроблено практичні рекомендації щодо формування ефективних копінг-стратегій у осіб із психосоматичними розладами. Теоретичною основою запропонованих інтервенцій виступили ключові положення біопсихосоціальної моделі, транзакційної моделі стресу та копіngu Р. Лазаруса і С. Фолкман, моделі емоційної регуляції Дж. Гросса, а також концепції алекситимії та життєстійкості особистості.

У практичній площині ці теоретичні положення були конкретизовані через систему трьох спеціалізованих психологічних тренінгів. Тренінг для осіб з високим рівнем психосоматизації «Тіло як об'єкт уваги» спрямований на модуляцію перцептивно-когнітивного сприйняття симптомів шляхом розвитку інтероцептивної усвідомленості, зменшення катастрофізації та навчання методам фізіологічної саморегуляції. Тренінг для осіб із вираженою алекситимією «Слово для почуття» зосереджений на подоланні дефіциту емоційної обізнаності через розширення емоційного словника, ідентифікацію емоцій у тілі та формування навичок їх вербалізації. Тренінг для осіб із дезадаптивними копінг-стратегіями «Інструменти подолання» має на меті заміну пасивних стратегій уникнення на активні проблемно-орієнтовані стратегії, розвиток навичок пошуку соціальної підтримки та зміцнення життєстійкості.

Кожна з тренінгових програм має чітку структуру, що відображає логіку психологічної роботи від усвідомлення проблеми через навчання новим навичкам до їх інтеграції у повсякденне життя. Програми базуються на принципах активного навчання, досвідного проживання нових навичок та поступового перенесення набутих умінь у реальне життя. Груповий формат роботи забезпечує додаткові терапевтичні чинники та сприяє розвитку соціалізуючих навичок.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що запропонований комплекс психологічних інтервенцій має міцне теоретико-методологічне обґрунтування, базується на результатах аналізу сучасних наукових джерел та відображає принцип диференційованого підходу до психокорекційної роботи. Його реалізація здатна суттєво підвищити ефективність психологічної допомоги особам із психосоматичними розладами шляхом цілеспрямованого впливу на ключові ланки патогенезу: спотворене сприйняття bodily-відчуттів, дефіцит емоційного інтелекту та неефективні паттерни подолання стресу. Розроблені тренінгові програми спираються на те, що системна та спеціалізована психологічна підтримка, побудована на розвитку адаптивних копінг-стратегій та покращенні емоційної регуляції, є

ефективним засобом порушення патогенетичного кола психосоматичного розладу та сприяє відновленню психофізіологічного балансу особистості.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного комплексного дослідження проблеми психологічних інтервенцій у формуванні ефективних копінг-стратегій при психосоматичних розладах було повністю реалізовано мету роботи, яка полягала у вивченні особливостей копінг-поведінки осіб із психосоматичними розладами та розробці цілісної програми психологічних інтервенцій для формування ефективних способів подолання стресу. Успішне виконання всіх поставлених завдань дозволяє сформулювати низку ключових наукових та практичних результатів, що становлять теоретичну і прикладну цінність.

Теоретичний аналіз наукових підходів до проблеми психосоматичності та копінг-поведінки підтвердив складну біопсихосоціальну природу психосоматичних розладів. Встановлено, що у їх виникненні та підтриманні ключову роль відіграють взаємопов'язані фактори: порушення емоційної регуляції, алекситимія як стійка характеристика особистості, та хронічне використання неефективних копінг-стратегій. Особливо значущим є виявлення патогенетичного кола "хронічний стрес – дезадаптація – психосоматичний симптом", яке формується переважно через дезадаптивні способи подолання стресу, тоді як адаптивні стратегії демонструють виражену протективну функцію.

Емпіричне дослідження рівня соматизації, алекситимії та тривожності серед 32 респондентів виявило значну поширеність психосоматичних проявів у досліджуваній вибірці. Зокрема, понад третина вибірки (37,3%) має високий або дуже високий рівень психосоматичних проявів за Гіссенським опитувальником, а 34,4% демонструють середній або високий рівень соматизації за опитувальником RHO-15. Особливої уваги заслуговує висока поширеність алекситимії – 31,3% респондентів мають високий рівень за Торонтською шкалою, а також підвищена тривожність, яку виявлено у 75% досліджуваних. Ці дані підтверджують роль алекситимії та тривожності як ключових факторів ризику розвитку та підтримання психосоматичних розладів.

Детальний аналіз домінуючих копінг-стратегій за методикою Brief COPE виявив чітку залежність між вибором стратегій подолання стресу та виразністю психосоматичної симптоматики. Особи з вираженими психосоматичними проявами достовірно частіше використовують дезадаптивні стратегії, зокрема самозвинувачення ($r=0,50$), уникнення ($r=0,46$) та заперечення ($r=0,43$). На противагу цьому, виявлено виражений захисний ефект адаптивних стратегій – активного планування, прийняття та позитивного переформулювання, які демонструють стабільну негативну кореляцію з рівнем соматизації (r від $-0,39$ до $-0,45$).

Кореляційний аналіз взаємозв'язків між досліджуваними змінними підтвердив існування стабільних позитивних зв'язків між рівнем алекситимії, особливо фактором "труднощі у розпізнаванні емоцій" ($r=0,63-0,66$), тривожністю ($r=0,52$) та виразністю психосоматичних симптомів. Важливим науковим результатом стало встановлення того, що алекситимія виступає ключовим медіатором між емоційною напруженістю та соматизацією, обумовлюючи фундаментальні труднощі в когнітивній переробці емоційного досвіду та його подальшу трансформацію у соматичні симптоми.

На основі отриманих теоретичних та емпіричних результатів було розроблено комплексну програму психологічних інтервенцій, що включає три спеціалізовані тренінгові програми диференційованого впливу. Програма "Тіло як об'єкт уваги" спрямована на модуляцію перцептивно-когнітивного сприйняття симптомів у осіб з високою психосоматизацією через розвиток інтероцептивної усвідомленості та когнітивну перепідготовку. Програма "Слово для почуття" орієнтована на подолання дефіциту вербалізації афекту в осіб з алекситимією шляхом розширення емоційного словника та формування навичок ідентифікації емоцій. Програма "Інструменти подолання" забезпечує трансформацію пасивних стратегій подолання в активні та ресурсні через розвиток навичок проблемно-орієнтованого підходу та зміцнення життєстійкості.

Практична значущість дослідження полягає в тому, що отримані результати можуть бути успішно використані у роботі практичних психологів та психотерапевтів для діагностики та корекції психосоматичних розладів. Розроблена програма психологічних інтервенцій відрізняється гнучкістю та адаптивністю, що дозволяє застосовувати її як у індивідуальній, так і груповій формі роботи, і може значно підвищити ефективність психологічної допомоги особам з психосоматичними розладами.

Перспективи подальших досліджень полягають у впровадженні інтервенцій у клінічній практиці, дослідженні їх ефективності, а також у вивченні довгострокових ефектів формування адаптивних копінг-стратегій на психофізіологічний стан осіб з психосоматичними розладами. Окремий науковий інтерес становить дослідження особливостей психосоматичної симптоматики в умовах тривалого стресу, зумовленого воєнним станом в Україні, що може відкрити нові напрями в розумінні механізмів адаптації до екстремальних умов існування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Карвасарський Б. Д. Психотерапія : підручник / Б. Д. Карвасарський. - Київ : Медицина, 2012. - 672 с.
2. Кокун О. М. Психологія життєстійкості особистості : монографія / О. М. Кокун. - Київ : Логос, 2016. - 280 с.
3. Максименко С. Д. Загальна психологія : підручник / С. Д. Максименко. - Київ : Центр учбової літератури, 2008. - 272 с.
4. Подкоритов В. С. Психосоматична медицина: інтегративний підхід / В. С. Подкоритов, О. С. Чабан // Український вісник психоневрології. - 2019. - Т. 27, вип. 2(99). - С. 5-12.
5. Санжаровський Р. І. Алекситимія і психосоматичні розлади: теоретичні та практичні аспекти / Р. І. Санжаровський // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія». - 2018. - Вип. 65. - С. 52-58.
6. Титаренко Т. М. Психологічні практики конструювання життя в умовах постмодерної соціальності : монографія / Т. М. Титаренко. - Київ : Міленіум, 2015. - 206 с.
7. Хомуленко Т. Б. Особливості тривожності у структурі емоційної сфери особистості / Т. Б. Хомуленко, Ю. В. Вакуленко // Психологія і особистість. - 2017. - № 1(11). - С. 168-179.
8. Bagby R. M. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure / R. M. Bagby, J. D. Parker, G. J. Taylor // Journal of Psychosomatic Research. - 1994. - Vol. 38(1). - P. 23-32.
9. Carver C. S. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE / C. S. Carver // International Journal of Behavioral Medicine. - 1997. - Vol. 4(1). - P. 92-100.
10. Chrousos G. P. Stress and disorders of the stress system / G. P. Chrousos // Nature Reviews Endocrinology. - 2009. - Vol. 5(7). - P. 374-381.

11. De Gucht V. Alexithymia and somatisation: A quantitative review of the literature / V. De Gucht, W. Heiser // *Journal of Psychosomatic Research*. - 2003. - Vol. 54(5). - P. 425-434.
12. Engel G. L. The clinical application of the biopsychosocial model / G. L. Engel // *American Journal of Psychiatry*. - 1980. - Vol. 137(5). - P. 535-544.
13. Folkman S. Stress, appraisal, and coping / S. Folkman, R. S. Lazarus. - New York : Springer Publishing Company, 1984. - 456 p.
14. Gross J. J. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences / J. J. Gross // *Psychophysiology*. - 2002. - Vol. 39(3). - P. 281-291.
15. Henningsen P. Persistent physical symptoms as perceptual dysregulation / P. Henningsen, H. Gündel, W. J. Kop, M. Löwe, A. P. Martin, W. Rief, M. Rosmalen, M. Schröder, D. van der Feltz-Cornelis, C. Van den Bergh // *Psychosomatic Medicine*. - 2018. - Vol. 80(5). - P. 422-431.
16. Kiecolt-Glaser J. K. Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: Back to the future / J. K. Kiecolt-Glaser, L. McGuire, T. F. Robles, R. Glaser // *Psychosomatic Medicine*. - 2002. - Vol. 64(1). - P. 15-28.
17. Kleinstäuber M. Cognitive Behaviour Therapy for Functional Somatic Disorders / M. Kleinstäuber, C. Allwang, J. Bailer, W. Berking, B. Brünahl, A. Erkip, M. Gitzen // *Deutsches Ärzteblatt International*. - 2019. - Vol. 116(39). - P. 629-635.
18. Kroenke K. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms / K. Kroenke, R. L. Spitzer, J. B. Williams // *Psychosomatic Medicine*. - 2002. - Vol. 64(2). - P. 258-266.
19. Lazarus R. S. Coping theory and research: Past, present, and future / R. S. Lazarus // *Psychosomatic Medicine*. - 1993. - Vol. 55(3). - P. 234-247.
20. Lipowski Z. J. Somatization: the concept and its clinical application / Z. J. Lipowski // *American Journal of Psychiatry*. - 1988. - Vol. 145(11). - P. 1358-1368.

21. Luminet O. Alexithymia as a dispositional characteristic in the pursuit of goals / O. Luminet, R. M. Bagby, G. J. Taylor // *Personality and Individual Differences*. - 2001. - Vol. 31(2). - P. 243-252.
22. McEwen B. S. Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load / B. S. McEwen // *Annals of the New York Academy of Sciences*. - 1998. - Vol. 840(1). - P. 33-44.
23. Moss-Morris R. A review of the evidence for the effectiveness of practitioner-based complementary and alternative therapies in the management of rheumatic diseases: Osteoarthritis / R. Moss-Morris, M. J. Spence // *Rheumatology*. - 2006. - Vol. 45(3). - P. 263-267.
24. Pennebaker J. W. *The Psychology of Physical Symptoms* / J. W. Pennebaker. - New York : Springer-Verlag, 1982. - 193 p.
25. Rief W. Explaining medically unexplained symptoms: Models and mechanisms / W. Rief, E. Broadbent // *Clinical Psychology Review*. - 2007. - Vol. 27(7). - P. 821-841.
26. Spielberger C. D. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory* / C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. Lushene. - Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 1970. - 24 p.
27. Taylor G. J. *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness* / G. J. Taylor, R. M. Bagby, J. D. Parker. - Cambridge : Cambridge University Press, 1997. - 338 p.
28. Van den Bergh O. Symptoms and the body: Taking the inferential leap / O. Van den Bergh, M. Witthöft, S. Petersen, R. J. Brown // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. - 2017. - Vol. 74(Pt A). - P. 185-203.
29. Wicksell R. K. Psychological flexibility as a mediator of improvement in Acceptance and Commitment Therapy for patients with chronic pain / R. K. Wicksell, G. L. Olsson, J. Hayes // *European Journal of Pain*. - 2010. - Vol. 14(1). - P. 90-96.

30. World Health Organization. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). - Geneva : WHO, 2019. - 1248 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник Brief COPE

Інструкція: Нижче наведені твердження про те, як люди можуть реагувати на складні або стресові ситуації в їхньому житті. Подумайте про те, як ви зазвичай реагуєте на стрес або важкі ситуації, і оцініть, як часто ви використовуєте кожен з наведених способів.

Шкала відповідей: 1 – зовсім не роблю так 2 – роблю так рідко 3 – роблю так іноді 4 – роблю так часто

Бланк опитувальника представлений у вигляді Таблиці 1.

Таблиця 1

Опитувальник Brief COPE

Твердження	Оцінка
Я концентруюся на діях для вирішення проблеми	1 2 3 4
Я обмірковую чіткий план дій щодо ситуації	1 2 3 4
Я намагаюся дивитися на ситуацію в іншому світлі, щоб вона здавалася більш позитивною	1 2 3 4
Я шукаю щось хороше в тому, що відбувається	1 2 3 4
Я приймаю реальність того факту, що це сталося	1 2 3 4
Я намагаюся навчитися жити з цією ситуацією	1 2 3 4
Я звертаюся до Бога за допомогою або молюся	1 2 3 4
Я отримую емоційну підтримку від інших людей	1 2 3 4
Я шукаю пораду та допомогу у знайомих людей	1 2 3 4
Я висловлюю свої негативні почуття відкрито	1 2 3 4
Я даю волю своїм емоціям, не стримуючи їх	1 2 3 4
Я відмовляюся вірити в те, що це дійсно сталося	1 2 3 4
Я кажу собі: "це не реальність", "це не відбувається насправді"	1 2 3 4

Продовження таблиці 1

Твердження	Оцінка
Я вживаю алкоголь або заспокійливі засоби, щоб почуватися краще	1 2 3 4
Я використовую психоактивні речовини, щоб допомогти собі пережити ситуацію	1 2 3 4
Я відмовляюся від намагання впоратися з ситуацією	1 2 3 4
Я просто здаюся і припиняю боротьбу	1 2 3 4
Я звинувачую себе за те, що сталося	1 2 3 4
Я критикую себе за свою роль у ситуації	1 2 3 4
Я використовую гумор, щоб впоратися з ситуацією	1 2 3 4
Я жартую з приводу ситуації	1 2 3 4
Я займаюся чимось іншим, щоб відволіктися від ситуації	1 2 3 4
Я йду в кіно, дивлюся телевізор або граю в ігри, щоб менше думати про ситуацію	1 2 3 4
Я обмірковую послідовні кроки для вирішення проблеми	1 2 3 4
Я намагаюся виробити стратегію дій	1 2 3 4
Я отримую практичну допомогу та поради від інших людей	1 2 3 4
Я отримую розуміння та співчуття від когось	1 2 3 4

Підрахуйте суму. Адаптивні стратегії: 1, 2, 3, 4, 7, 8. Частково адаптивні: 5, 6, 9. Деадаптивні: 10, 11, 12, 13, 14

Бланки для вправ програми психологічних інтервенцій

1. Щоденник симптомів та емоцій

Інструкція: Заповнюйте цей щоденник щодня протягом тижня. Це допоможе вам побачити зв'язки між ситуаціями, емоціями та тілесними відчуттями. Щоденник представлений в таблиці 2.

Таблиця 2

Щоденник симптомів та емоцій

Дата/ Час	Ситуація (що відбувалося?)	Емоції (які емоції відчував/ла?)	Інтенсивність емоції (0-10)	Соматичні симптоми (що відчувало тіло?)	Інтенсивність симптому (0-10)

Запитання для аналізу:

1. Чи помітили ви якісь закономірності між певними ситуаціями та симптомами?
2. Які емоції найчастіше передують соматичним симптомам?
3. Чи є симптоми, які завжди пов'язані з конкретними емоціями?

2. Бланк АВС-аналізу

Інструкція: Коли помічаєте посилення симптомів або сильну емоційну реакцію, заповніть цей бланк. Бланк представлений в Таблиці 3.

Таблиця 3

Бланк АВС-аналізу

A (Activating event) Активуюча подія	B (Belief) Думка/переконання	C (Consequence) Наслідок
Що сталося? Де? Коли? З ким? Які симптоми?	Яка думка виникла? Що я собі сказав/ла? У що я повірив/ла в той момент?	Емоція (назва, інтенсивність 0-10): Поведінка (що я зробив/ла?): Фізичні відчуття: