

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»

Факультет психології, політології та соціології

Кафедра психології

Кваліфікаційна робота -
магістерський дослідницький проект

053 «Психологія»

на тему:

**ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ
СИМПТОМАМИ ТА КОНВЕРСІЙНИМ РОЗЛАДОМ В ПСИХОТЕРАПІЇ**

Виконала: здобувачка 2 курсу, групи 4

рівень вищої освіти: другий (магістерський)

галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові
науки»

спеціальність 053 «Психологія»

Сермак Дар'я Євгеніївна

Керівник: к.психол.н., доц. А.О. Тат'янчиков

Рецензент: д.мед.н., проф. В.О Ульянов

Одеса - 2025

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»

Факультет **Центр заочного та дистанційного навчання**

Кафедра **психології**

Рівень вищої освіти **магістерський**

Галузь знань **05 «Соціальні та поведінкові науки»**

Спеціальність **053 «Психологія»**

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології

д.психол.н., проф. О.М.Цільмак

«___» _____ **2025 року**

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ

(магістерський дослідницький проект)

Сермак Дар'я Євгеніївна

1. Тема роботи Особливості роботи з психоматичними симптомами та конверсійним розладом в психотерапії.

Керівник роботи кандидат психологічних наук, доцент Татяничков А.О

затверджені наказом НУ «ОЮА» від «___» _____ 20__ року № _____

2. Строк подання здобувачем роботи _____

3. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів магістерської роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка 1.
	Підготовка концепції К.Р. і затвердження плану К.Р.	IX 2025	
	Вивчення нормативного матеріалу, спеціальної літератури, аналіз та узагальнення матеріалів	IX 2025	
	Написання Вступу	IX 2025	
	Написання 1 розділу К.Р.	IX-X 2025	
	Написання 2 розділу К.Р.	X 2025	
	Написання Висновків	X-XI 2025	
	Подання К.Р. на кафедру та рецензування	XI 2025	
	Прийняття рішення про допуск К.Р. до захисту	XI 2025	
	Захист К.Р. в ЕК	XII 2025	

Здобувач _____

Сермак Д.Є

Керівник роботи _____

Татяничков А.О

АНОТАЦІЯ

Сермак Д. Є.

«Особливості роботи з психосоматичними симптомами та конверсійним розладом в психотерапії.»

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра, спеціальність 053 «Психологія», Національний університет «Одеська юридична академія», Одеса, 2025.

Дослідження присвячене комплексному аналізу психосоматичних симптомів та конверсійного розладу в контексті сучасної психотерапевтичної практики. Психосоматичні прояви та конверсійні симптоми, що не мають органічного підґрунтя, набувають особливої актуальності в умовах соціальної напруженості та високого рівня стресових впливів. У роботі розкрито механізми виникнення психосоматичної симптоматики, її взаємозв'язок із психоемоційним станом клієнтів та психологічними факторами, що впливають на соматизацію.

Емпіричне дослідження включало вибірку з 40 клієнтів, які звернулися по психотерапевтичну допомогу з тілесними скаргами функціонального характеру. Використано психодіагностичний комплекс (SCL-90-R, HADS, «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка, PMH-SCALE, клініко-психологічне інтерв'ю), що дозволив оцінити рівень тривожності, депресії, соматизації та позитивного ментального здоров'я. Отримані результати вказують на домінування високого рівня тривожності, емоційної напруги та зниження ресурсності, що обумовлює психосоматичні прояви.

Розроблено та апробовано інтегративну психотерапевтичну програму, що поєднує когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані та психодинамічні методи. Запропонований підхід продемонстрував ефективність у зниженні соматичних скарг та підвищенні емоційної стабільності клієнтів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: психосоматичні симптоми, конверсійний розлад, психотерапія, тривожність, соматизація, позитивне ментальне здоров'я.

ABSTRACT

Sermak D. Ye.

Specifics of Working with Psychosomatic Symptoms and Conversion Disorder in Psychotherapy.

Master's Thesis for the degree of Master, Specialty 053 Psychology, National University "Odesa Law Academy", Odesa, 2025.

This thesis examines the psychological mechanisms and therapeutic approaches to psychosomatic symptoms and conversion disorder in contemporary psychotherapy. The relevance of the topic is due to the increasing number of clients presenting bodily complaints with no organic basis, particularly in the context of prolonged stress and social instability. The study focuses on understanding the interaction between emotional states, intrapsychic conflicts, and the manifestation of somatic symptoms.

The empirical research involved 40 psychotherapy clients experiencing functional somatic complaints. A set of standardized diagnostic tools (SCL-90-R, HADS, Eysenck's Self-Assessment of Mental States, PMH-SCALE, and clinical-psychological interview) was applied to assess emotional and psychosomatic indicators. Findings indicate elevated anxiety levels, emotional tension, decreased psychological resources, and a significant link between psychosomatic symptoms and emotional dysregulation.

An integrative psychotherapy program combining cognitive-behavioral, body-oriented, and psychodynamic techniques was developed and tested. The program effectively reduced symptom severity and improved clients' emotional wellbeing. The practical significance of the work lies in its applicability for psychotherapists, clinical psychologists, and rehabilitation practitioners.

KEYWORDS: psychosomatic symptoms, conversion disorder, psychotherapy, anxiety, somatization, positive mental health.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ПРОГРАМА ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СИМПТОМІВ ТА КОНВЕРСІЙНОГО РОЗЛАДУ У КЛІЄНТІВ ПСИХОТЕРАПІЇ	14
1.1. Характеристика етапів та вибірки дослідження	14
1.2. Психодіагностичний інструментарій дослідження	19
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ТА КОНВЕРСІЙНИХ СИМПТОМІВ У КЛІЄНТІВ ПСИХОТЕРАПІЇ	26
2.1. Результати дослідження психосоматичних симптомів	26
2.2. Взаємозв'язок психосоматичних симптомів із психоемоційним станом	34
2.3. Психотерапевтична програма для клієнтів із конверсійними розладами	39
ВИСНОВКИ	47
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	51
ДОДАТКИ	57

ВСТУП

Проблематика психосоматичних симптомів і конверсійних розладів набула особливої актуальності у сучасному суспільстві, що характеризується високим рівнем стресогенних чинників, соціальною нестабільністю та зростанням психоемоційних навантажень. Зростання кількості клієнтів, які звертаються по психотерапевтичну допомогу з тілесними скаргами без чіткої органічної основи, вказує на необхідність комплексного вивчення механізмів формування таких симптомів та пошуку ефективних методів їх корекції.

Класичні медичні підходи, що фокусуються переважно на соматичних аспектах захворювань, часто виявляються недостатніми у випадках, коли симптоматика має виражене психогенне підґрунтя. У цьому контексті психотерапія розглядається як невід’ємна складова сучасної клінічної практики, оскільки дозволяє працювати не лише з тілесними проявами, але й із внутрішніми психологічними конфліктами, що їх провокують. Як підкреслюють українські дослідники (О. Чабан, О. Хаустова), психосоматичні розлади становлять міждисциплінарну проблему, яка потребує інтеграції медичних і психологічних знань для забезпечення ефективної допомоги пацієнтам.

Особливої уваги заслуговує конверсійний розлад, який у новітніх міжнародних класифікаціях (МКХ-11, DSM-5) трактується як «функціональний неврологічний розлад». Його прояви - рухові, сенсорні чи інші симптоми, що не мають органічного підґрунтя, але значно впливають на якість життя людини. Наявність подібних розладів викликає складнощі у діагностиці та лікуванні, що потребує від психотерапевта володіння спеціальними методиками роботи із цим контингентом клієнтів.

Актуальність теми також зумовлена недостатньою кількістю українських досліджень, які б комплексно висвітлювали психотерапевтичні стратегії роботи з психосоматичними симптомами та конверсійними розладами. Хоча останніми роками з’являються окремі праці у галузі психосоматичної медицини, проте

питання практичної реалізації психотерапевтичних програм у вітчизняних умовах залишається недостатньо опрацьованим. У цьому аспекті цінним є критичний аналіз міжнародного досвіду, який акцентує увагу на поєднанні когнітивно-поведінкової, тілесно-орієнтованої та психодинамічної терапії як найефективніших напрямів роботи з такими клієнтами.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Проблема психосоматичних симптомів та конверсійного розладу у психотерапії активно обговорюється у науковій літературі, проте залишається багатовимірною і потребує комплексного аналізу. Останні дослідження демонструють, що психосоматичні прояви значною мірою залежать від психоемоційного стану людини, соціальних умов і особливостей особистісної організації.

Значний внесок у розвиток вітчизняної психосоматичної науки зробила О.В. Хаустова. У своїй монографії «Психосоматичні розлади: діагностика та терапія» авторка розглядає широкий спектр соматичних проявів у контексті психогенних чинників, акцентуючи увагу на інтеграції медичних і психотерапевтичних підходів [28, с. 47]. Дослідниця наголошує на потребі поєднання біологічної моделі захворювання з психологічною інтерпретацією симптомів. Подібні позиції висловлює й у співавторстві С.М. Іващенко, де розроблено методичний інструментарій для роботи з діагностичними шкалами (SCL-90-R, HADS, PHQ), що дозволяє підвищити точність діагностики психосоматичних станів [5 с. 22].

Вагомі напрацювання у вітчизняній психосоматичній медицині належать О.С. Чабану, який разом з О.В. Хаустовою аналізує сучасний стан та перспективи розвитку галузі. Дослідники роблять висновок, що психосоматична медицина в Україні перебуває на етапі інтенсивного розвитку, але відчуває нестачу систематизованих психотерапевтичних програм для роботи з клієнтами, які мають складну симптоматику [30, с. 24].

Окремої уваги заслуговує питання діагностичного інструментарію. Вітчизняні науковці (К. Дяченко та співавт.) здійснили адаптацію

україномовної версії опитувальника SCL-90-R, довівши його валідність та надійність для застосування у клінічній практиці [4, с. 102].

На діагностику і лікування психосоматичних розладів у клінічному вимірі звертає увагу низка публікацій у журналі «Neuronews». Так, у статті «Психічні розлади із соматичними симптомами: місце в сучасних класифікаціях, дефініції, діагностика та лікування» наголошується на складності відмежування психосоматичних і конверсійних симптомів у клінічній практиці, що зумовлює потребу у міждисциплінарному підході [16]. Аналогічні висновки подані у матеріалі «Функціональні неврологічні розлади в практиці невролога», де підкреслено необхідність співпраці неврологів і психотерапевтів для досягнення комплексного лікування [27].

У зарубіжній літературі спостерігається зростаючий інтерес до теми функціональних неврологічних розладів, які у сучасній МКХ-11 визначаються як *functional neurological disorder*. Hallet M, Aybek S. та співавт. класифікують нові підтипи розладів та описують спільні механізми їхнього формування, наголошуючи на ролі психотерапії у зниженні інтенсивності симптомів [32, с. 154]. Perez D.L і колеги, аналізуючи прогрес у дослідженні моторних функціональних розладів, зазначають, що когнітивно-поведінкові втручання є найбільш результативними у роботі з такими пацієнтами [32, с. 15].

У вітчизняному науковому просторі все більшої уваги приділяється зв'язку психосоматичних симптомів із психоемоційним станом клієнтів. Праця Л. Наугольник «Психологія стресу» акцентує, що хронічний стрес виступає ключовим фактором у формуванні соматичних розладів, а психотерапевтична робота повинна бути спрямована на зниження стресогенних навантажень і розвиток адаптивних копінг-стратегій [22].

Аналіз наукових джерел свідчить про підвищений інтерес дослідників до проблематики психосоматичних і конверсійних симптомів у контексті воєнного стану. У публікації Українського журналу медичної медицини описано випадок дисоціативно-конверсійного розладу у військовослужбовця, де наголошується на зв'язку між бойовим стресом, порушенням психоемоційного стану та

соматичними реакціями організму [2]. Автори підкреслюють, що реакції тілесного характеру часто стають засобом несвідомого психологічного захисту, коли психіка не справляється з інтенсивними переживаннями.

Важливим напрямом вітчизняної науки залишається стандартизація діагностичних підходів. У наказах Міністерства охорони здоров'я України №1585 від 13.07.2020 та №1265 від 19.07.2024 визначено сучасні протоколи медичної допомоги особам із психосоматичними скаргами, що дозволило систематизувати діагностичні алгоритми та підвищити ефективність взаємодії між психотерапевтами й лікарями первинної ланки [3; 13]. Такі документи набувають особливого значення в умовах воєнного стану, коли кількість звернень із симптомами соматизації, тривожності й порушень сну значно зросла [14].

Праці К. Даценко та співавт. присвячено адаптації україномовної версії методики SCL-90-R, що дало змогу дослідити структуру психічних симптомів серед осіб, які пережили втрату або вимушене переміщення. Автори підкреслюють, що валідна адаптація інструментів забезпечує достовірність отриманих результатів, особливо при діагностиці стресових розладів, пов'язаних із війною [4].

Значний внесок у розробку методик оцінювання ментального здоров'я зроблено Л. М. Карамушкою, О. В. Креденцер та К. В. Терещенко [7]. Вони здійснили адаптацію шкал BBC-SWB і PMH-SCALE для українського контексту, підтвердивши високий рівень внутрішньої узгодженості ($\alpha = 0,84$). У дослідженні підкреслено, що показники позитивного мислення й внутрішньої стійкості тісно пов'язані з меншим проявом психосоматичних симптомів у періоди соціальної напруги.

Клінічні спостереження, описані в публікації *ResearchGate* [6], висвітлюють випадки резистентних форм дисоціативно-конверсійного розладу в осіб, які зазнали військових дій. Автори наголошують на необхідності комплексної діагностики, що включає оцінку емоційної сфери, поведінкових реакцій і соматичних проявів.

Важливі аспекти психосоматичної клініки розкрито у працях Н.В. Коцюбинської та Л. П. Пилипенко [9], де представлено емпіричні дані щодо психологічних чинників, які зумовлюють тілесні симптоми у пацієнтів із невизначеними діагнозами. Науковці підкреслюють роль афективних переживань і неусвідомлених конфліктів у виникненні соматичних розладів.

Питання нейробіологічного підґрунтя психосоматичних проявів розглядаються в аналітичних статтях журналу «Neuronews». У дослідженнях зазначається, що хронічна активація стресових механізмів, спричинена тривалими воєнними діями, порушує роботу гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, що, у свою чергу, посилює соматичні скарги та сприяє розвитку депресивних розладів [15; 20].

У навчальних і методичних посібниках, таких як «Практична психосоматика (діагностичні шкали)» [17] та «Психіатрія» (ХНМУ) [18], систематизовано критерії оцінки психосоматичних порушень і наведено приклади використання шкал HADS, PHQ-15, PMH-SCALE у клінічній практиці. Автори підкреслюють, що поєднання стандартизованих опитувальників і якісного клінічного інтерв'ю є найефективнішим підходом для виявлення прихованих форм соматизації.

В українських умовах, за даними Хаустової О. О. та Чабана О. С. [19], застосування інтегрованого психодіагностичного підходу дозволило виявити нові підтипи функціональних розладів, які раніше залишалися поза увагою лікарів. Дослідники вказують на зв'язок між соціально-психологічними наслідками війни й розвитком тривожно-депресивних станів, що супроводжуються соматичними скаргами.

Водночас невирішеними залишаються низка проблем. По-перше, бракує системних досліджень, що поєднують аналіз психосоматичних симптомів і конверсійних розладів у межах єдиного психотерапевтичного підходу. По-друге, потребує подальшого розвитку питання адаптації міжнародних психотерапевтичних програм до українських реалій, зокрема з урахуванням наслідків воєнних дій, що призвели до значного зростання кількості клієнтів із

психосоматичними скаргами. По-третє, недостатньо досліджено ефективність інтегративних методів психотерапії, які б поєднували когнітивно-поведінковий, психодинамічний та тілесно-орієнтований підходи.

Отже, аналіз наукових джерел засвідчує, що тема психосоматичних симптомів і конверсійних розладів перебуває у центрі уваги як українських, так і зарубіжних дослідників. Вітчизняна наука робить акцент на діагностиці та загальних принципах психотерапії, тоді як зарубіжні дослідження більшою мірою орієнтовані на емпіричну перевірку ефективності конкретних методик.

Метою кваліфікаційної роботи є комплексне вивчення психосоматичних симптомів та конверсійного розладу у клієнтів психотерапії, аналіз їхнього взаємозв'язку з психоемоційним станом особистості, розробка ефективної психотерапевтичної програми, спрямованої на покращення психічного й соматичного здоров'я клієнтів.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі **завдання**:

1. Проаналізувати сучасні наукові підходи до вивчення психосоматичних симптомів та конверсійного розладу у психотерапевтичній практиці.
2. Визначити етапи дослідження, сформулювати вибірку учасників та описати психодіагностичний інструментарій для оцінки психосоматичних проявів та психоемоційного стану.
3. Провести емпіричне дослідження психосоматичних симптомів та психоемоційного стану клієнтів, проаналізувати отримані дані та виявити взаємозв'язки між змінними.
4. Розробити психотерапевтичну програму для клієнтів із конверсійними розладами, враховуючи результати дослідження та сучасні психотерапевтичні методики.

Об'єкт дослідження. Психосоматичні симптоми та конверсійний розлад як прояви психогенних факторів у структурі психічного й соматичного здоров'я особистості.

Предмет дослідження. Принципи психотерапевтичної роботи з клієнтами, які мають психосоматичні симптоми та конверсійний розлад, а також взаємозв'язок цих симптомів із психоемоційним станом особистості.

Методологічною основою дослідження стали загальнонаукові методи, зокрема аналіз, синтез, порівняння та систематизація, які застосовувалися для критичного огляду наукової літератури й формування теоретичної бази роботи. Для збору емпіричних даних використовувалися психодіагностичні методи, серед яких опитувальники SCL-90-R (для оцінки загального рівня психопатологічних проявів), HADS (для визначення рівня тривоги та депресії), «Діагностика самооцінки психічних станів» Г. Айзенк (для оцінки суб'єктивного психоемоційного стану), шкала позитивного ментального здоров'я (PMH-SCALE) (для визначення рівня позитивного ментального здоров'я, психологічні ресурси), а також клініко-психологічне інтерв'ю, що дало змогу об'єктивно оцінити вираженість психосоматичних симптомів та конверсійних проявів. З метою кількісної обробки результатів було застосовано математико-статистичні методи, зокрема кореляційний аналіз і описову статистику, які дозволили виявити взаємозв'язки між отриманими показниками. На етапі апробації психотерапевтичної програми до дослідження були залучені клініко-психотерапевтичні методи, зокрема когнітивно-поведінкова терапія, тілесно-орієнтовані техніки та психоосвітні заходи, що забезпечило перевірку ефективності інтегративного підходу до роботи з клієнтами.

Наукова новизна полягає у тому, що було уточнено особливості взаємозв'язку між психосоматичними симптомами та психоемоційним станом клієнтів психотерапії в умовах сучасних соціальних стресорів. Запропоновано інтегративну психотерапевтичну програму для осіб із конверсійними розладами, яка поєднує когнітивно-поведінковий, тілесно-орієнтований і психодинамічний підходи, що дозволяє ефективніше впливати на різні аспекти симптоматики. Окрім цього, розроблено практичні рекомендації для психотерапевтів, спрямовані на вдосконалення діагностики й корекції

психосоматичних проявів на основі адаптованого психодіагностичного інструментарію, що підвищує якість надання психотерапевтичної допомоги.

Практичне значення одержаних результатів. Результати дослідження можуть бути використані у практичній діяльності психотерапевтів і клінічних психологів для покращення діагностики та лікування клієнтів із психосоматичними симптомами та конверсійними розладами. Запропонована програма може бути впроваджена у медико-психологічних центрах, реабілітаційних установах та приватній психотерапевтичній практиці. Матеріали роботи можуть також застосовуватись у викладанні курсів «Психосоматика», «Клінічна психологія», «Психотерапія» у закладах вищої освіти.

Публікації автора за темою дослідження. Сермак Д.Е., Татьянчиков О.А. Особливості роботи з психосоматичними симптомами та конверсійними розладом в психотерапії // *Сучасна психологія: виклики та перспективи* : збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої Міжнародному дню ментального здоров'я (м. Одеса, 10 жовтня 2025 р.) / за заг. ред. М.Р. Аракеляна. Одеса : Видавництво «Юридика», 2025.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 45 сторінок основного тексту. Список використаних джерел налічує 40 найменування, а також подано 4 додатки

РОЗДІЛ 1.

ПРОГРАМА ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ СИМПТОМІВ ТА КОНВЕРСІЙНОГО РОЗЛАДУ У КЛІЄНТІВ ПСИХОТЕРАПІЇ

1.1. Характеристика етапів та вибірки дослідження

Організація дослідження психосоматичних симптомів та конверсійного розладу у клієнтів психотерапії передбачає поетапну реалізацію наукового плану, що охоплює як теоретико-аналітичну, так і емпіричну частину. Вибудова чіткої логіки дослідження є необхідною умовою отримання достовірних результатів та їх інтерпретації у практичному ключі.

Першим етапом виступає постановка наукової проблеми і формулювання завдань. Визначення актуальності теми, аналіз сучасного стану її розробки у вітчизняній та зарубіжній літературі дозволили конкретизувати коло питань, що потребують дослідження. На основі проведеного теоретичного аналізу було сформульовано мету та завдання дослідження, які орієнтовані як на з'ясування психологічних механізмів формування психосоматичних симптомів, так і на розробку практичних рекомендацій щодо їх психотерапевтичної корекції.

Другий етап включав теоретичне обґрунтування дослідження. Було здійснено критичний аналіз наукових джерел, що стосуються психосоматики та функціональних неврологічних розладів, а також виділено підходи, які найбільш адекватно пояснюють походження та перебіг психосоматичних симптомів. Теоретичний аналіз дав змогу окреслити ті аспекти проблеми, що залишаються недостатньо дослідженими у сучасній психотерапевтичній практиці, зокрема питання інтеграції когнітивно-поведінкових і тілесно-орієнтованих методів.

Третім етапом стала організація вибірки дослідження. До участі були залучені клієнти психотерапевтів, які мали виражені психосоматичні симптоми та скарги функціонального характеру, що не знаходили достатнього пояснення у медичних діагнозах. Формування вибірки ґрунтувалося на низці критеріїв:

наявність соматичних скарг без органічного підґрунтя, відсутність важких психотичних станів, добровільна згода на участь у дослідженні та можливість проходження психодіагностики й психотерапевтичних сесій. Окремо враховувалися вік, стать, соціально-демографічні характеристики клієнтів. Загалом вибірка була репрезентативною для групи осіб, що звертаються по психотерапевтичну допомогу з подібними проявами.

Четвертий етап передбачав збір емпіричних даних. Використовувалися стандартизовані психодіагностичні методики, адаптовані для українського контексту: опитувальник SCL-90-R для оцінки соматизації та емоційних розладів, шкала HADS для виявлення рівня тривоги та депресії, «Діагностика самооцінки психічних станів» Г. Айзенк для оцінки суб'єктивного психоемоційного стану, шкала позитивного ментального здоров'я (PMH-SCALE) для визначення рівня позитивного ментального здоров'я, психологічні ресурси. Додатково проводилося клініко-психологічне інтерв'ю, яке дозволяло уточнити індивідуальні особливості переживання симптомів клієнтами.

На п'ятому етапі здійснювалася обробка та інтерпретація отриманих даних. Для цього використовувалися методи математико-статистичного аналізу: кореляційний аналіз для визначення взаємозв'язків між вираженістю психосоматичних симптомів і психоемоційними показниками, описова статистика для характеристики вибірки, а також якісний аналіз результатів інтерв'ю. Це дозволило комплексно оцінити особливості функціонування психосоматичних симптомів у вибраної групи.

Шостий етап був пов'язаний із розробкою психотерапевтичної програми для клієнтів із конверсійними розладами. Вона ґрунтувалася на принципах інтегративного підходу, де поєднувалися когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані та психодинамічні техніки. Програма мала на меті зниження інтенсивності психосоматичних проявів, розвиток навичок саморегуляції та опрацювання внутрішніх конфліктів, які провокують появу симптомів.

Заключний, сьомий етап включав узагальнення результатів і формулювання висновків, які стали основою для розробки практичних

рекомендацій щодо вдосконалення психотерапевтичної допомоги клієнтам із психосоматичними симптомами та конверсійними розладами.

Структуру проведеного дослідження з основними етапами та їх результатами узагальнено в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

**Структура дослідження психосоматичних симптомів та
конверсійного розладу**

Етап дослідження	Зміст роботи	Очікуваний результат
Підготовчий	Аналіз літератури, визначення завдань, добір вибірки, вибір психодіагностичного інструментарію, підготовка етичних документів	Сформульована програма дослідження, забезпечена валідність і дотримання етики
Діагностичний	Проведення психодіагностики за допомогою стандартизованих методик (SCL-90-R, PMH-SCALE, HADS, «Діагностика самооцінки психічних станів» Г. Айзенк, клініко-психологічне інтерв'ю	Отримання первинних кількісних і якісних даних
Інтерпретаційний	Статистична обробка, якісний аналіз, визначення взаємозв'язків між симптомами та психоемоційним станом	Виявлені закономірності та психологічні механізми формування симптомів
Психотерапевтичний	Розробка й апробація інтегративної психотерапевтичної програми (КПТ, тілесно-орієнтовані техніки, психодинаміка)	Зменшення інтенсивності симптомів, формування навичок саморегуляції, практичні рекомендації для терапевтів

Особливу увагу у дослідженні було приділено характеристиці вибірки, оскільки саме вона визначає валідність і можливість узагальнення отриманих результатів. У дослідженні взяли участь 40 клієнтів психотерапевтів, які зверталися зі скаргами на виражені психосоматичні симптоми та прояви конверсійного характеру.

За віковими параметрами вибірка охоплювала осіб від 20 до 50 років, що дало змогу простежити особливості симптоматики як у молодих дорослих, так і в людей середнього віку. Серед учасників переважали жінки — 60 %, тоді як чоловіки становили 40 % вибірки. Співвідношення відповідає даним сучасних досліджень, які вказують на більшу частоту звернень за психотерапевтичною допомогою серед жінок із психосоматичними проявами.

Соціально-демографічний аналіз показав, що більшість учасників мали вищу або середню спеціальну освіту, працювали у сфері освіти, медицини, обслуговування чи малого бізнесу. Значна частина клієнтів, близько 45 %, перебувала у стані тривалого психоемоційного напруження, пов'язаного з робочими перевантаженнями або сімейними конфліктами. Ще 30 % мали досвід перенесених травматичних подій, у тому числі пов'язаних із воєнними діями, що позначалося на інтенсивності конверсійної симптоматики.

Серед типових причин звернення до психотерапевта учасники зазначали повторювані головні болі, серцево-судинні скарги без органічного підтвердження, розлади сну, проблеми з диханням, м'язову слабкість або тремор, сенсорні порушення (погіршення зору чи слуху без медичного діагнозу). Слід зазначити, що такі скарги часто супроводжувалися високим рівнем тривожності, емоційної нестабільності та схильністю до депресивних реакцій.

Усі учасники дослідження дали письмову інформовану згоду на участь, були детально ознайомлені з його метою та завданнями, а також отримали повну інформацію щодо гарантій конфіденційності та способів обробки отриманих даних. Етичні норми дотримувалися відповідно до сучасних стандартів психологічних і медичних досліджень, що забезпечувало не лише безпеку, а й добровільність участі кожного респондента.

Формування вибірки у дослідженні здійснювалося на основі чітко визначених критеріїв включення та виключення, що дозволяло відібрати представників цільової групи з урахуванням специфіки психосоматичних проявів та конверсійних розладів. Дотримання цих вимог забезпечувало високий рівень валідності результатів та мінімізувало можливі спотворення даних. Окрім цього, важливим аспектом стало суворе дотримання етичних принципів, які гарантували добровільність участі, психологічну безпеку та комфорт клієнтів протягом всього процесу дослідження, а також підтримку довірчих відносин між дослідником і учасниками.

Таблиця 1.2.

Критерії добору учасників та етичні принципи дослідження

Група критеріїв	Характеристика
Критерії включення	Наявність виражених психосоматичних симптомів (головні болі, серцево-судинні чи сенсорні скарги без органічної основи); звернення по психотерапевтичну допомогу; відсутність тяжких психотичних розладів; вік від 20 до 50 років; добровільна згода на участь.
Критерії виключення	Діагностовані органічні захворювання, що повністю пояснюють симптоматику; гострі психотичні стани; зловживання психоактивними речовинами; відсутність згоди на участь.
Етичні принципи	Добровільність участі, інформована згода; право відмовитися від участі на будь-якому етапі; конфіденційність та анонімність отриманих даних; дотримання принципу «не нашкодь»; використання даних виключно для наукових цілей.

З огляду на табл 1.2., застосування критеріїв включення та виключення дозволило сформувати вибірку, максимально наближену до реальної групи клієнтів психотерапевтичної практики. Завдяки цьому забезпечувалася цілісність дослідження і водночас уникалося втручання факторів, які могли б істотно спотворити результати, наприклад наявність серйозних органічних патологій.

Етичні принципи дослідження ґрунтувалися на положеннях Гельсінської декларації та національних стандартів психологічної практики. Кожен учасник був детально ознайомлений із метою, методами та можливими психологічними наслідками участі у дослідженні. Важливим є те, що учасники мали повне право припинити участь у будь-який момент без пояснення причин. Гарантії конфіденційності передбачали анонімізацію результатів, використання кодових позначень у базі даних та виключно наукове застосування інформації.

Таким чином, у межах пункту було послідовно визначено основні етапи організації дослідження, окреслено характеристики вибірки, критерії добору учасників та етичні принципи роботи з ними. Встановлено, що структура дослідження включає підготовчий, діагностичний, інтерпретаційний і психотерапевтичний етапи, кожен із яких має свою специфіку та спрямований на отримання комплексних результатів. Поєднання чіткої методологічної логіки

з коректно сформованою вибіркою створює надійну основу для подальшого аналізу та інтерпретації даних, що становитиме предмет наступного пункту.

1.2. Психодіагностичний інструментарій дослідження

Психодіагностика займає ключове місце в сучасних психологічних і психотерапевтичних дослідженнях, оскільки саме вона забезпечує можливість науково обґрунтованого вимірювання психічних процесів і станів, які неможливо оцінити безпосередньо. У випадку психосоматичних симптомів та конверсійного розладу значення психодіагностики зростає у декілька разів, адже мова йде про феномени, що поєднують психологічні й соматичні компоненти та мають комплексну природу. Симптоми такого типу рідко можуть бути пояснені лише медичною діагностикою, адже навіть за відсутності органічної патології клієнт може пред'являти виражені тілесні скарги, які суттєво впливають на його якість життя. Саме психодіагностичні методики дозволяють виявити психологічні чинники, що лежать в основі цих проявів, і визначити рівень їхнього зв'язку з емоційними станами.

Правильний добір діагностичного інструментарію визначає не лише якість і достовірність результатів дослідження, але й можливість практичного їх застосування у психотерапевтичній роботі. Використання валідних і надійних методик дає змогу отримати комплексну картину психоемоційного стану клієнта, виявити як усвідомлювані, так і приховані аспекти його переживань, що трансформуються у соматичні скарги. Крім того, психодіагностика є інструментом, який дозволяє психотерапевту планувати і коригувати терапевтичні стратегії, а також оцінювати динаміку змін у стані клієнта під впливом психотерапевтичного втручання.

Варто підкреслити, що вивчення психосоматичних і конверсійних проявів вимагає комплексного підходу, який включає не одну, а кілька методик, здатних взаємодоповнювати одна одну.

Дослідження психосоматичних симптомів та конверсійного розладу неможливе без застосування комплексного психодіагностичного підходу. Це пояснюється багатовимірною природою явища: з одного боку, воно проявляється у формі тілесних скарг, які не мають органічного підґрунтя, а з іншого - тісно пов'язане із психоемоційними станами, когнітивними установками та особистісними характеристиками клієнта. У зв'язку з цим використання лише однієї психодіагностичної методики є недостатнім і може призвести до спотворення або неповноти даних.

Поєднання кількох інструментів дозволяє отримати об'ємнішу картину та з різних ракурсів дослідити проблему. Стандартизовані опитувальники (такі як SCL-90-R, PMH-SCALE, HADS, «Діагностика самооцінки психічних станів» Г. Айзенк) забезпечують кількісні дані, які можна порівнювати, узагальнювати та аналізувати статистично. Вони дозволяють об'єктивізувати суб'єктивні скарги клієнта, визначити інтенсивність симптомів, рівень тривожності, депресії та соматизації. У той же час використання лише тестових інструментів не дозволяє повною мірою врахувати індивідуальний контекст, особистісну історію та особливості переживання симптомів.

Саме тому у дослідженні передбачено включення клініко-психологічного інтерв'ю, яке забезпечує якісний вимір отриманих даних. Інтерв'ю дає змогу уточнити інформацію, виявити приховані психологічні конфлікти, простежити динаміку розвитку симптомів у житті клієнта та їх зв'язок із травматичними подіями чи стресогенними факторами. На відміну від стандартизованих тестів, воно дозволяє глибше проникнути у суб'єктивний світ особистості, що є особливо важливим у випадках, коли соматичні прояви виконують психологічну функцію.

Для дослідження психосоматичних симптомів і конверсійних розладів було обрано комплекс методик, які дозволяють поєднати кількісний та якісний підходи до оцінки психоемоційного стану клієнтів. Узагальнені характеристики інструментарію подано в таблиці 1.3.

Таблиця 1.3

Психодіагностичний інструментарій дослідження

Методика	Що вимірює	Валідність / адаптація	Переваги застосування
Опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптація Г. Айзенка)	Рівень тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності	Українська адаптація, підтверджена клінічними дослідженнями	Дозволяє оцінити ключові стани, що провокують соматизацію
HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)	Рівень тривоги й депресії	Використовується в українських клініках, має адаптації	Мінімізує вплив соматичних симптомів, надійний скринінг
Шкала позитивного ментального здоров'я (PMH-SCALE)	Рівень позитивного ментального здоров'я, психологічні ресурси	Адаптована в Україні (Карамушка, Креденцер, Терещенко, 2020)	Дає змогу оцінити внутрішні ресурси клієнта
Клініко-психологічне інтерв'ю	Індивідуальний досвід, історія симптомів, їх зв'язок із життєвими подіями	Використовується в сучасній українській психотерапевтичній практиці	Забезпечує глибину аналізу, уточнює результати тестів

Слід детально зазначити обрані методики, зокрема їхню теоретичну основу, валідність і практичне значення у вивченні психосоматичних симптомів та конверсійних розладів. Подальший опис кожного інструмента дозволить більш ґрунтовно обґрунтувати їх застосування у дослідженні.

Опитувальник «Самооцінка психічних станів» [7]. Методика є адаптованим варіантом відомого тесту Г. Айзенка, який широко використовується для діагностики індивідуально-психологічних станів. Вона дозволяє оцінити чотири важливі показники: рівень тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності. Методика складається з 40 тверджень (по 10 на кожну шкалу), до кожного з яких респондент надає відповідь «так» або «ні». Надійність та валідність опитувальника підтверджена у численних українських дослідженнях, він добре зарекомендував себе в клінічній та психотерапевтичній практиці.

Друга методика - HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), що призначена для швидкої діагностики рівня тривожності та депресії у пацієнтів із соматичними скаргами. Вона складається з 14 тверджень, які поділяються на дві субшкали: «Тривога» (HADS-A) і «Депресія» (HADS-D). Особливість методики полягає в тому, що вона мінімізує вплив соматичних симптомів і фокусується на емоційних та когнітивних проявах. Завдяки цьому HADS є ефективним інструментом для диференціальної діагностики психоемоційних станів у клієнтів із психосоматичними проявами. Методика демонструє високу чутливість і специфічність, що робить її корисною як для клінічної практики, так і для наукових досліджень. Українські адаптації шкали підтверджують її надійність і валідність (Cronbach's $\alpha \approx 0,80$), а широке використання у клінічних та наукових дослідженнях робить її золотим стандартом у психодіагностиці.

Оцінювання здійснюється за шкалою від 0 до 3 балів за кожне твердження. Підсумковий бал кожної субшкали може коливатися від 0 до 21: показники 0-7 свідчать про відсутність клінічно значущих симптомів, 8-10 - про субклінічний рівень, а 11 і більше - про наявність клінічно вираженої тривоги або депресії.

Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (Positive Mental Health Scale, PMH-SCALE) розроблена німецькими дослідниками J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W.M. van der Veld та E. Becker для вимірювання інтегрального показника психологічного благополуччя. Її мета полягає у визначенні рівня позитивного мислення, емоційної стабільності та конструктивного подолання труднощів [12].

В українських умовах методика була адаптована Л. Карамушкою, О. Креденцер та К. Терещенко (2020), які підтвердили її надійність і валідність для використання у вибірках дорослого населення. PMH-SCALE містить 9 тверджень, що оцінюються за шкалою від 1 до 4 балів (від «повністю не згоден» до «повністю згоден»). Високі показники свідчать про розвинене позитивне ментальне здоров'я, стійкість до стресу та наявність внутрішніх ресурсів [12].

У контексті психосоматичних досліджень використання PMH-SCALE є надзвичайно доцільним, адже вона дозволяє не лише оцінити відсутність негативних станів, а й виявити внутрішні психологічні ресурси клієнта, що можуть бути опорою у психотерапевтичному процесі. Таким чином, шкала забезпечує ширший погляд на психічне благополуччя, інтегруючи емоційні, когнітивні та поведінкові аспекти адаптації.

Метод клініко-психологічного інтерв'ю є обов'язковим елементом будь-якого комплексного психологічного дослідження, оскільки дозволяє отримати якісні дані про індивідуальний досвід клієнта. Інтерв'ю структуроване за тематичними блоками: історія соматичних скарг, особистісні та міжособистісні труднощі, життєві події, мотиви поведінки [25].

Метод є обов'язковим у будь-якому комплексному психологічному дослідженні, оскільки дає змогу отримати якісні дані про індивідуальний досвід клієнта [2]. Інтерв'ю структуроване за блоками: опис соматичних симптомів, їх динаміка, умови виникнення, психоемоційний фон, життєві події, які могли вплинути на розвиток симптоматики.

Слід зазначити, що добір психодіагностичних методик у дослідженні зумовлений необхідністю всебічної оцінки емоційних, когнітивних і поведінкових компонентів психосоматичних проявів. Використані інструменти охоплюють як вимірювання рівня тривожності, депресії, фрустрації та агресивності, так і оцінку позитивного ментального здоров'я та внутрішніх ресурсів особистості. Такий підхід дозволяє простежити взаємозв'язок між емоційними станами й соматичними симптомами, визначити фактори, що сприяють розвитку або, навпаки, знижують інтенсивність психосоматичних розладів.

Жодна окрема методика не може повною мірою відобразити складну поліфакторну природу психосоматичних і конверсійних симптомів. Саме тому поєднання різних психодіагностичних інструментів вважається науково обґрунтованим підходом, що дозволяє отримати повну картину взаємозв'язків між емоційними станами, когнітивними процесами та тілесними проявами.

Поєднання кількісних і якісних методів забезпечує різнобічність даних. Опитувальники, такі як HADS, PMH-SCALE та «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності», дають змогу виявити вираженість симптомів і рівень емоційного напруження, тоді як клініко-психологічне інтерв'ю допомагає зрозуміти суб'єктивний досвід клієнта, його ставлення до власних тілесних відчуттів і життєвих труднощів.

Таблиця 1.4

**Роль психодіагностичних методик у комплексному дослідженні
психосоматичних симптомів**

Методика	Основна функція	Дослідницький акцент
HADS	Визначення рівня тривожності та депресії	Оцінка емоційної складової соматизації
Опитувальник Айзенка	Визначення тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності	Аналіз особистісних факторів, що сприяють соматичним реакціям
PMH-SCALE	Оцінка позитивного ментального здоров'я та внутрішніх ресурсів	Дослідження компенсаторних і стабілізуючих механізмів
Клініко-психологічне інтерв'ю	Поглиблене розуміння особистісного досвіду та контексту симптомів	Інтерпретація індивідуальної динаміки психосоматичних проявів

З огляду на табл 1.4. слід зазначити, що такий інтегрований підхід дозволяє:

- ~ поєднати кількісні результати з глибинним якісним аналізом;
- ~ визначити як фактори ризику соматизації, так і ресурси психологічної адаптації;
- ~ підвищити достовірність результатів через взаємне підтвердження даних різних методів;
- ~ забезпечити цілісне бачення клієнта, що враховує як його емоційний стан, так і поведінкові реакції;
- ~ створити емпіричну основу для подальшої психокорекційної програми.

Таким чином, комплексне використання психодіагностичного інструментарію формує надійну основу для подальшого емпіричного етапу дослідження, спрямованого на виявлення психологічних механізмів психосоматичних і конверсійних проявів.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ТА КОНВЕРСІЙНИХ СИМПТОМІВ У КЛІЄНТІВ ПСИХОТЕРАПІЇ

2.1. Результати дослідження психосоматичних симптомів

Емпірична частина дослідження ґрунтувалася на вибірці, що складалася з 40 клієнтів психотерапевтів віком від до 50 років. У вибірці було 60 % жінок та 40 % чоловіків, більшість з яких мали середню спеціальну або вищу освіту та працювали у сфері послуг, освіти, медицини чи малого бізнесу. Основними причинами звернення цих клієнтів стали виражені соматичні скарги - головний біль, серцебиття, відчуття задухи, біль у шлунково-кишковій системі, м'язова слабкість, порушення сну. Медичні обстеження у більшості випадків не виявляли органічної основи для цих проявів, що підтверджувало їх психосоматичний характер.

У межах дослідження було здійснено комплексну оцінку психосоматичних симптомів, яка включала аналіз їхньої частоти, інтенсивності, типових поєднань і впливу на психоемоційний стан клієнтів. Важливим завданням було встановлення, які саме соматичні прояви є найбільш поширеними у досліджуваній вибірці, а також як вони корелюють із рівнем тривожності, депресії, агресивності, ригідності та загального психологічного благополуччя.

Результати подаються у вигляді таблиць і графіків, що дозволяє відобразити як кількісні, так і якісні характеристики вибірки. Нижче у таблицях демонструється частота окремих симптомів і середні показники за психодіагностичними методиками, тоді як графічні ілюстрації дають змогу візуалізувати співвідношення різних симптомів та їх поєднання.

У процесі дослідження та аналізу клініко-психологічного інтерв'ю було визначено найпоширеніші психосоматичні прояви серед учасників вибірки. Отримані дані подано в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Частота основних психосоматичних симптомів у вибірці (n = 40)

Симптом	Кількість осіб	Відсоток (%)
Головний біль	26	65 %
Розлади сну	19	47,5 %
Серцебиття, перебої у роботі серця	20	50 %
Шлунково-кишкові порушення (біль у животі, диспепсія)	14	35 %
М'язовий біль та напруження	15	37,5 %
Відчуття задухи або утрудненого дихання	12	30 %
Загальна слабкість і швидка втомлюваність	18	45 %

Аналіз показує, що найбільш поширеним симптомом став головний біль, на який скаржилися 65 % учасників. Другим за частотою проявом були серцево-судинні скарги (50 %), які найчастіше не підтверджувалися органічними патологіями. Майже половина клієнтів (47,5 %) мала розлади сну, що вказує на високу поширеність психоемоційних порушень. Значна частина респондентів повідомляла про слабкість та втому (45 %), а також м'язові болі (37,5 %), що характерно для соматизації тривалого стресу. Шлунково-кишкові порушення зустрічалися у 35 % випадків, а відчуття задухи — у 30 %.

Отримані результати свідчать про те, що провідними психосоматичними проявами є головний біль, безсоння та серцево-судинні скарги. Вони формують ядро симптомокомплексу у більшості клієнтів.

У межах дослідження було проведено клініко-психологічне інтерв'ю, яке дозволило зібрати якісні дані про особливості переживання соматичних симптомів клієнтами. Запитання були спрямовані на з'ясування частоти проявів, умов їх виникнення, впливу на повсякденне життя та взаємозв'язку з психоемоційним станом.

Таблиця 2.2

Кількість психосоматичних симптомів у клієнтів вибірки (n = 40)

Кількість симптомів	Кількість клієнтів	Відсоток (%)
1 симптом	8	20 %
2-3 симптоми	22	55 %
4 і більше симптомів	10	25 %

Прикладові блоки запитань і узагальнені відповіді учасників:

1. «Які симптоми турбують вас найчастіше?»

- 65 % відзначили повторювані головні болі;
- 50 % повідомили про серцебиття та перебої у роботі серця;
- 47,5 % скаржилися на порушення сну;
- 35 % відзначили шлунково-кишкові розлади.

2. «У яких ситуаціях ви помічаєте посилення симптомів?»

- 58 % учасників пов'язували посилення проявів зі стресом на роботі;
- 40 % відзначили конфлікти у сім'ї чи найближчому оточенні;
- 22 % вказали на погіршення після перенесених травматичних подій.

3. «Наскільки симптоми впливають на ваше повсякденне життя?»

- 30 % відповіли, що скарги значно ускладнюють працездатність;
- 45 % відзначили, що симптоми перешкоджають нормальному відпочинку та сну;
- 25 % зазначили, що симптоми не є постійними, але викликають тривогу щодо стану здоров'я.

4. «Чи зверталися ви до лікарів з приводу цих симптомів і які результати обстеження?»

- 70 % проходили медичні обстеження, які не виявили органічної патології;
- 20 % отримали рекомендації щодо симптоматичного лікування без уточненого діагнозу;

- 10 % мали діагностовані незначні відхилення, які не пояснювали всієї симптоматики.

5. «Як ви пояснюєте виникнення цих симптомів?»

- 40 % вважали, що симптоми спричинені стресом;
- 35 % пов'язували їх зі спадковістю чи «слабким здоров'ям»;
- 25 % не могли дати пояснення.

Отримані відповіді свідчать, що більшість клієнтів усвідомлюють зв'язок соматичних проявів із психоемоційними перевантаженнями, проте не завжди мають ресурси чи знання для їх подолання. Відсутність органічних діагнозів у більшості випадків підтверджує психосоматичний характер скарг. Така інформація є важливою для подальшої психотерапевтичної роботи, оскільки дозволяє інтегрувати результати опитувальників із суб'єктивними переживаннями клієнтів.

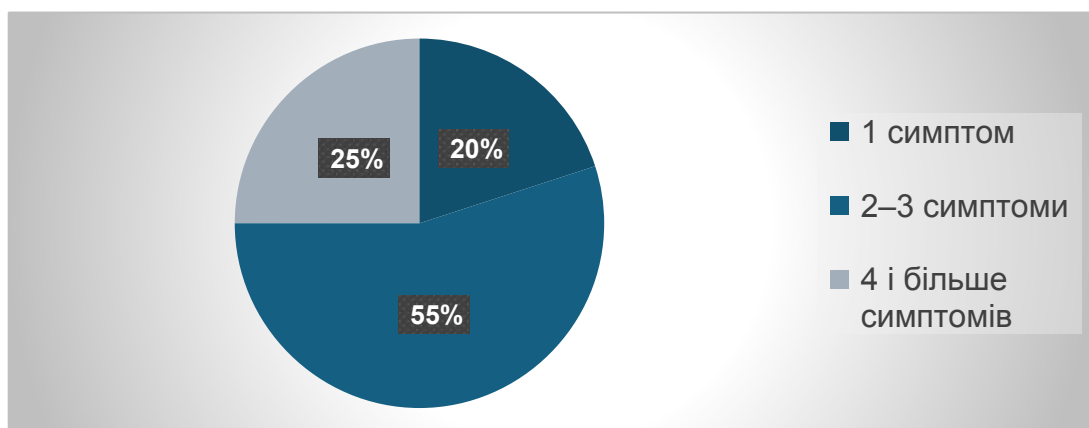


Рис. 2.3. Розподіл клієнтів за кількістю психосоматичних симптомів

Отримані результати дозволяють сформулювати узагальнений психосоматичний профіль учасників дослідження. Найчастіше спостерігалися головний біль (65 %), серцево-судинні скарги у вигляді серцебиття та перебоїв у роботі серця (50 %), а також розлади сну (47,5 %). Поєднання цих симптомів становить основу психосоматичного комплексу у більшості клієнтів.

Таблиця 2.4

Шкала HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Показник	Діапазон можливих значень	Середнє значення у вибірці
Тривога (HADS-A)	0-21	12,3
Депресія (HADS-D)	0-21	9,7

За результатами обробки даних за шкалою HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) було виявлено, що середній рівень тривожності ($M = 12,3$) перевищує нормативні значення (≤ 7 балів) та наближається до клінічно значущого діапазону (понад 11 балів). Це свідчить про високий рівень емоційного напруження, підвищену настороженість, вразливість до стресових факторів і тенденцію до гіперрефлексії. Такий рівень тривоги є типовим для осіб із соматоформними або психосоматичними симптомами, які схильні до постійного моніторингу свого фізичного стану, надмірного занепокоєння можливими хворобами та очікування негативних подій. У таких клієнтів часто спостерігається внутрішня напруга, потреба у контролі над ситуаціями та схильність до катастрофізації навіть незначних тілесних відчуттів.

Показник депресії ($M = 9,7$) перебуває в межах помірної рівня (8-10 балів), що може вказувати на емоційну виснаженість, втрату інтересу до звичних занять, зниження енергії та мотивації, а також на почуття невдоволеності собою та своїми можливостями. Водночас такі прояви не сягають рівня клінічної депресії, а радше відображають реактивний стан, пов'язаний із тривалим перебуванням у стресових умовах, перевтомою або внутрішньою напругою. Це свідчить про те, що у вибірці досліджуваних домінують не стійкі афективні порушення, а ситуативні прояви емоційної дезадаптації.

Загалом співвідношення тривоги та депресії (тривожність > депресія) демонструє переважання тривожного афекту, який у клієнтів із психосоматичними симптомами часто виступає провідним емоційним фоном і

пусковим механізмом соматизації. Іншими словами, емоційна напруга не знаходить адекватного виходу у поведінці або вербалізації почуттів, а трансформується у тілесні скарги та соматичні реакції. Це підтверджує необхідність цілеспрямованої психотерапевтичної роботи, спрямованої на розвиток емоційної усвідомленості, навичок саморегуляції та зниження рівня тривоги.

Таблиця 2.5

Опитувальник Айзенка

Показник	Діапазон можливих значень	Середнє значення у вибірці
Тривожність	0-20	13,4
Агресивність	0-20	10,2
Ригідність	0-20	11,6

Згідно з результатами опитувальника Айзенка, у досліджуваних осіб простежується виражений рівень тривожності ($M = 13,4$), який перевищує середній нормативний показник для дорослої популяції. Це свідчить про схильність до надмірного занепокоєння, внутрішньої напруги, підвищеної збудливості та невпевненості у власних силах. Такий показник характерний для осіб, у яких спостерігається тенденція до очікування негативних подій, підвищене самоконтрольне напруження та схильність до катастрофізації побутових чи тілесних проявів.

Показник агресивності ($M = 10,2$) перебуває в межах помірних значень. Це дає підстави припускати, що агресивні імпульси не проявляються відкрито, а мають пригнічений або латентний характер, що часто спостерігається у клієнтів із психосоматичними симптомами. У таких умовах внутрішньо спрямована агресія може трансформуватися у емоційні конфлікти та соматичні прояви, що відповідає механізму психосоматизації, коли емоції не отримують прямого вербального чи поведінкового вираження.

Рівень ригідності ($M = 11,6$) свідчить про помірно підвищену фіксованість мислення та поведінки, труднощі з адаптацією до нових умов, упертість і недостатню когнітивну гнучкість. Цей показник вказує на схильність до перфекціонізму, ригідних установок та повторюваних моделей реагування на стрес, що обмежує можливості швидко адаптуватися до змін і ефективно регулювати емоційний стан.

Узагальнюючи, комбінація високого рівня тривожності, латентної агресії та ригідності створює передумови для внутрішнього конфлікту, емоційного виснаження та хронізації психосоматичних симптомів. Такий психофізіологічний профіль характеризує особистість із підвищеною емоційною чутливістю, обмеженими ресурсами адаптації та схильністю до підтримання тілесних проявів емоційного стресу. Отримані результати підтверджують необхідність цільової психотерапевтичної інтервенції, спрямованої на розвиток когнітивної та поведінкової гнучкості, емоційну регуляцію та усвідомлене опрацювання внутрішньої агресії.

Таблиця 2.6

Шкала позитивного ментального здоров'я (PMH-SCALE)

Показник	Діапазон можливих значень	Середнє значення у вибірці
Загальний рівень позитивного ментального здоров'я	9-54	26,8

Шкала PMH-SCALE (Positive Mental Health Scale) оцінює загальний рівень психологічного благополуччя, життєстійкості та внутрішніх ресурсів особистості. Середнє значення у вибірці ($M = 26,8$) свідчить про зниження рівня позитивного ментального здоров'я порівняно із середньостатистичними нормами. Це відображає недостатність внутрішніх ресурсів для самопідтримки, обмежене відчуття сенсу життя, низький рівень оптимізму та задоволеності міжособистісними стосунками.

Такий результат логічно поєднується з даними, отриманими за шкалами HADS та опитувальником Айзенка, де було зафіксовано високий рівень

тривожності, емоційну напруженість і ригідність у поведінкових реакціях. Низький рівень позитивного ментального здоров'я у поєднанні з цими показниками свідчить про емоційне виснаження, схильність до соматизації та зниження якості життя.

Отримані результати підкреслюють необхідність цільової психокорекційної програми, спрямованої на розвиток позитивного мислення, підвищення гнучкості поведінки та когнітивної адаптивності, формування навичок самоприйняття і емоційної саморегуляції. Така програма має на меті покращення загального психоемоційного стану та зниження рівня психосоматичних проявів.

Водночас отримані відповіді свідчать, що більшість клієнтів усвідомлюють зв'язок соматичних проявів із психоемоційними перевантаженнями, проте не завжди мають ресурси чи знання для їх подолання. Відсутність органічних діагнозів у більшості випадків підтверджує психосоматичний характер скарг. Така інформація є важливою для подальшої психотерапевтичної роботи, оскільки дозволяє інтегрувати результати опитувальників із суб'єктивними переживаннями клієнтів, що сприяє більш точному формуванню індивідуальних стратегій втручання.

Аналіз розподілу психосоматичних симптомів дозволяє сформувати узагальнений психосоматичний профіль учасників дослідження. Найчастіше спостерігалися головний біль (65 %), серцево-судинні скарги у вигляді серцебиття та перебоїв у роботі серця (50 %), а також розлади сну (47,5 %). Поєднання цих симптомів формує основу психосоматичного комплексу у більшості клієнтів.

Психодіагностичні дані свідчать, що найбільш вираженим психологічним станом є підвищена тривожність, яка у третини вибірки досягала клінічно значущого рівня, створюючи сприятливий ґрунт для соматизації емоційних переживань. Депресивні прояви зустрічалися рідше, але у п'ятій частини клієнтів були помірно виражені. Висока ригідність та недостатній рівень

позитивного ментального здоров'я також виявилися важливими характеристиками, що погіршували загальне функціонування.

Типовий психосоматичний профіль досліджуваного клієнта можна описати як молодого дорослого віком 25-35 років, який звертається по допомогу через множинні соматичні скарги без чітко виявленої органічної патології. Симптоми мають комплексний характер і поєднуються з емоційною напруженістю, високим рівнем тривожності та недостатніми внутрішніми ресурсами для саморегуляції.

Отже, результати показали, що найпоширенішими психосоматичними проявами у вибірці стали головний біль, розлади сну та серцебиття, а провідним психологічним станом була підвищена тривожність, яка у третини клієнтів сягала клінічно значущого рівня. Це підкреслює важливість інтегрованого підходу в психотерапевтичній роботі та цільових втручань для корекції психосоматичних проявів.

2.2. Взаємозв'язок психосоматичних симптомів із психоемоційним станом

Метою цього підпункту є встановлення взаємозв'язку між психосоматичними симптомами та психоемоційними характеристиками досліджуваних клієнтів. Особлива увага приділялася показникам тривожності, депресії, агресивності, ригідності та позитивного ментального здоров'я, оскільки вони є ключовими психологічними детермінантами тілесних скарг. Аналіз передбачав виявлення наявності зв'язків та їхньої сили, що дозволяє уточнити механізми формування психосоматичної симптоматики.

Отримані дані клініко-психологічного інтерв'ю стали основою для кількісного аналізу психосоматичних симптомів. На підставі відповідей клієнтів кожен симптом кодувався за принципом наявності або відсутності (0 - відсутній, 1 - наявний), що дало змогу визначити їхню частоту у вибірці та здійснити кореляційний аналіз із психоемоційними показниками. Для більшої

деталізації було також підраховано загальну кількість симптомів у кожного учасника, що дозволило оцінити ступінь полісимптомності.

Для опрацювання даних застосовувався кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнта Пірсона, який дозволяє оцінити силу та напрямок лінійного зв'язку між показниками. Інтерпретація коефіцієнтів здійснювалася за загальноприйнятими критеріями: r від 0,10 до 0,30 свідчить про слабкий зв'язок; r від 0,30 до 0,50 — про середній; r понад 0,50 — про сильний. Статистична значущість результатів перевірялася за критерієм $p < 0,05$, що свідчить про високу ймовірність правильності отриманих висновків.

Застосування цього методу забезпечує комплексність і достовірність аналізу та відповідає сучасним стандартам у психологічних дослідженнях, де вивчаються складні взаємозв'язки між соматичними та емоційними змінними.

Отримані коефіцієнти кореляцій між психосоматичними симптомами та психоемоційними показниками наведено в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Коефіцієнти кореляцій між психосоматичними симптомами та психоемоційними показниками ($n = 40$)

Симптом / Показник	Тривожність (HADS-A)	Депресія (HADS-D)	Агресивність (Айзенк)	Ригідність (Айзенк)	Позитивне ментальне здоров'я (PMH-SCALE)
Головний біль	$r = 0,46^*$	$r = 0,32^*$	$r = 0,21$	$r = 0,38^*$	$r = -0,41^*$
Розлади сну	$r = 0,52^{**}$	$r = 0,29$	$r = 0,24$	$r = 0,35^*$	$r = -0,44^*$
Серцебиття	$r = 0,49^{**}$	$r = 0,27$	$r = 0,31^*$	$r = 0,42^*$	$r = -0,39^*$
ШКТ-порушення	$r = 0,34^*$	$r = 0,36^*$	$r = 0,19$	$r = 0,28$	$r = -0,33^*$
М'язові болі	$r = 0,40^*$	$r = 0,31^*$	$r = 0,25$	$r = 0,37^*$	$r = -0,35^*$

Примітки:

- $p < 0,05$ (зв'язок статистично значущий);
- $*p < 0,01$ (зв'язок високої статистичної значущості).

Результати свідчать, що найсильніші кореляції виявлено між тривожністю та такими симптомами, як розлади сну ($r = 0,52$; $p < 0,01$) і серцебиття ($r = 0,49$; $p < 0,01$). Депресивні прояви мали середню силу зв'язку з

м'язовими болями та шлунково-кишковими порушеннями ($r \approx 0,31-0,36$; $p < 0,05$). Ригідність виявила стабільні зв'язки із головним болем та серцево-судинними скаргами ($r \approx 0,38-0,42$; $p < 0,05$), що підтверджує її роль у підтриманні симптомів. Водночас позитивне ментальне здоров'я негативно корелювало з більшістю проявів ($r \approx -0,33...-0,44$), тобто чим нижчий рівень ресурсів, тим більш вираженими були соматичні скарги.

Отримані дані свідчать про те, що підвищена тривожність є одним із ключових чинників, що посилює соматизацію у клієнтів, тоді як низький рівень позитивного мислення та життєвої стійкості створює ґрунт для формування стійких психосоматичних реакцій.

Аналіз отриманих кореляційних коефіцієнтів (табл. 2.4) засвідчив, що найбільш значущими є прямі зв'язки між рівнем тривожності та такими симптомами, як головний біль ($r = 0,46$) і розлади сну ($r = 0,52$). Це свідчить про провідну роль тривожності у формуванні соматичних реакцій, зокрема порушень, пов'язаних із напруженням та розладом регуляції.

Депресивні прояви виявили помірні кореляції з м'язовими болями та відчуттям втоми ($r = 0,31-0,36$), що відображає тенденцію до соматизації емоційного виснаження. Зниження енергетичного потенціалу та мотиваційна пригніченість можуть проявлятися у вигляді тілесного дискомфорту й астеничних станів.

Ригідність узгоджується з повторюваними соматичними проявами ($r = 0,37-0,42$), що підтверджує її роль як стабілізуючого, але водночас фіксує чинника. Особи з високим рівнем ригідності схильні утримувати усталені способи реагування навіть у ситуаціях, що потребують адаптації, що ускладнює вихід із психотравмівних станів і сприяє закріпленню симптомів.

Позитивне ментальне здоров'я мало стабільні від'ємні зв'язки з більшістю симптомів ($r = -0,33...-0,45$), що вказує: чим нижчий рівень внутрішніх ресурсів, життєвої стійкості та саморегуляції, тим більш вираженими є соматичні скарги. Це підкреслює важливість розвитку внутрішніх ресурсів як захисного чинника у процесі психотерапії.

Отримані результати підтверджують, що підвищена тривожність є одним із ключових чинників, що посилює соматизацію у клієнтів психотерапії. Вона виступає своєрідним тригером для таких проявів, як головний біль та розлади сну, які виявилися найпоширенішими та найінтенсивнішими серед обстежених. У момент підвищеного тривожного напруження організм реагує соматичними сигналами, що підтверджує тісний взаємозв'язок між емоційними станами та тілесними скаргами.

Депресивні тенденції, виявлені у частини клієнтів, асоціюються переважно зі зниженням енергії, уповільненням активності, появою скарг на фізичну слабкість і швидку втомлюваність. Водночас ригідність виявилася чинником, що ускладнює адаптацію до стресових обставин: нездатність гнучко змінювати поведінкові стратегії призводить до повторюваності соматичних симптомів навіть після зникнення стресового подразника.

Узагальнюючи, результати кореляційного аналізу свідчать, що психосоматичні симптоми формуються як наслідок взаємодії кількох психологічних чинників — підвищеної тривожності, емоційного виснаження, ригідності та недостатнього рівня позитивного ментального здоров'я. Вони утворюють єдину функціональну систему, де емоційна напруга знаходить тілесне відображення, а соматичні прояви, у свою чергу, підтримують психологічний дискомфорт.

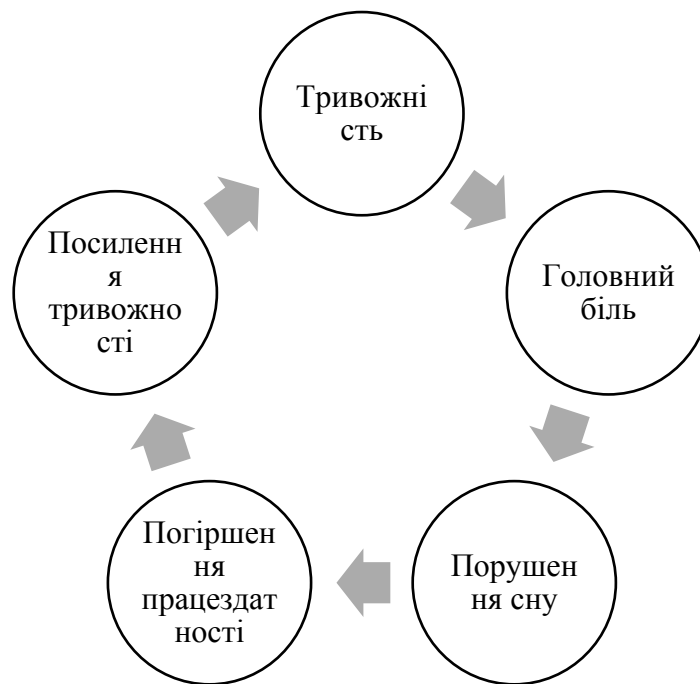


Рис. 2.5. Схематичне зображення взаємозв'язку тривожності та психосоматичних проявів у клієнтів вибірки

Недостатні ресурси позитивного ментального здоров'я також мають визначальний вплив. Знижений рівень внутрішніх ресурсів і психологічного благополуччя позбавляє клієнтів здатності ефективно компенсувати симптоми, що своєю чергою сприяє багатосимптомності та утруднює процес психотерапевтичної корекції. Таким чином, комплексний аналіз підтверджує, що психосоматичні прояви не можуть розглядатися ізольовано від психоемоційних характеристик особистості, адже саме вони виступають ключовими чинниками їх формування й підтримання.

Отримані статистичні результати підтверджуються якісними даними клініко-психологічного інтерв'ю. У відповідях клієнтів чітко простежується зв'язок між психоемоційним напруженням і появою соматичних скарг:

~ «Коли я відчуваю тривогу, то найперше починає боліти голова» (клієнтка 32 років).

~ «Після конфлікту на роботі у мене одразу з'являється серцебиття» (клієнт 40 років).

~ «Якщо довго хвилююся, то вночі не можу заснути і відчуваю втому зранку» (клієнтка 27 років).

Слід зазначити, що висловлювання ілюструють дані кореляційного аналізу та підтверджують, що тривожність і стресові події є провідними факторами виникнення психосоматичних проявів.

Проведений аналіз засвідчив, що психосоматичні симптоми мають виражений і статистично підтверджений зв'язок із психоемоційними характеристиками клієнтів. Найсильніші кореляції встановлено між рівнем тривожності та соматичними скаргами, зокрема головним болем, розладами сну і серцево-судинними проявами. Депресивні тенденції пов'язані зі зниженням енергетичного потенціалу та появою скарг на фізичну слабкість, тоді як ригідність ускладнює адаптацію до стресових ситуацій і підтримує повторювані соматичні прояви. Водночас низький рівень позитивного ментального здоров'я асоціюється з багатосимптомністю та обмеженістю ресурсів саморегуляції.

Отримані дані дозволяють зробити висновок, що провідним чинником у структурі психосоматичного профілю виступає підвищена тривожність, яка корелює з більшістю симптомів і визначає їх інтенсивність.

2.3. Психотерапевтична програма для клієнтів із конверсійними розладами

Конверсійні розлади становлять складне клінічне явище, у якому тілесні симптоми виступають відображенням психологічних конфліктів та несвідомих переживань. Традиційне лікування, що орієнтоване виключно на соматичний рівень, виявляється недостатнім, тому виникає потреба у комплексній психотерапевтичній роботі. Інтегративний підхід, що поєднує когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані та психодинамічні методи, дозволяє одночасно впливати на симптоми й глибинні механізми їх виникнення. Програма спрямована не лише на зменшення інтенсивності проявів, а й на розвиток психологічної стійкості та підвищення ресурсності клієнта, що створює основу для тривалої ремісії та підвищення якості життя.

Психотерапевтична програма для клієнтів із конверсійними розладами спрямована на досягнення кількох взаємопов'язаних завдань. Насамперед важливим є зниження інтенсивності психосоматичних і конверсійних

симптомів, що дозволяє поліпшити самопочуття клієнта та зменшити рівень дистресу. Не менш значущим є формування усвідомлення зв'язку між емоційними переживаннями та тілесними проявами, адже саме розуміння психологічної природи симптомів відкриває шлях до їх корекції. Програма також передбачає розвиток навичок емоційної регуляції, які допомагають зменшити схильність до соматизації. Опрацювання внутрішніх психологічних конфліктів, що лежать в основі симптомів, дає можливість усунути першопричини розладу. Окремою метою є формування здорових копінг-стратегій та підвищення рівня позитивного ментального здоров'я, що забезпечує ресурсність і психологічну стійкість у довгостроковій перспективі.

Таблиця 2.5.

**Загальні цілі психотерапевтичної програми для клієнтів із
конверсійними розладами**

Ціль	Змістове наповнення	Очікуваний результат
Зниження інтенсивності симптомів	Робота з тілесними скаргами через психотерапевтичні техніки	Зменшення частоти та сили соматичних проявів
Усвідомлення зв'язку «емоції ↔ тіло»	Психоосвіта, когнітивне переосмислення	Підвищення інсайту, розуміння природи симптомів
Розвиток навичок емоційної регуляції	Техніки релаксації, дихальні вправи, КПТ-методи	Контроль над стресовими реакціями
Опрацювання психологічних конфліктів	Психодинамічні та інтегративні методи	Усунення внутрішніх причин симптомів
Формування здорових копінг-стратегій	Навчання адаптивним способам подолання стресу	Підвищення рівня позитивного ментального здоров'я

Розроблена психотерапевтична програма ґрунтується на інтегративному підході, що передбачає поєднання різних напрямів психотерапії. Такий підхід дозволяє комплексно працювати з психосоматичними й конверсійними розладами, впливаючи як на симптоми, так і на психологічні механізми, що їх підтримують.

I. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ).

У програмі центральне місце посідає когнітивно-поведінкова терапія, спрямована на роботу з автоматичними думками клієнта та виявлення деструктивних переконань, які можуть підтримувати симптоматику. Застосовуються техніки когнітивної реструктуризації, що допомагають замінювати неадаптивні уявлення більш конструктивними. Практикується також моделювання нових способів реагування на стресові ситуації, що знижує рівень соматизації та формує адаптивні поведінкові стратегії.

Поведенкову терапію та психотерапевтичні сеанси доцільно застосувати якомога раніше, щоб допомогти клієнту повернутися з самоізоляції до реальності, запобігаючи таким чином подальшому поглибленню симптомів та переходу розладу у хронічну форму. Психотерапевт має допомогти клієнту самостійно усвідомити походження своїх симптомів, а також враховувати первинні та вторинні вигоди від хвороби.

Фізіотерапія може використовуватися як допоміжний метод, однак важливо уникати надмірної концентрації лише на тілесному симптомі. Доцільним є також застосування релаксаційних технік. Психотропні препарати (наприклад, антидепресанти при виражених депресивних проявах або бензодіазепіни при гострій тривозі) використовуються лише короткочасно та виключно як додатковий засіб підтримки психотерапевтичного процесу.[39]

II. Тілесно-орієнтована терапія.

Другою важливою складовою програми є тілесно-орієнтована терапія, що спрямована на відновлення контакту клієнта з власним тілом. У процесі використовуються вправи на релаксацію, техніки усвідомленого дихання та прогресивна м'язова релаксація. Включення тілесних методів дозволяє знижувати рівень напруження, відновлювати відчуття тілесної цілісності та послаблювати соматичні скарги.

III. Психодинамічний підхід.

Не менш значущим є психодинамічний компонент програми, який передбачає роботу з несвідомими внутрішніми конфліктами, що знаходять своє відображення у тілесних симптомах. Психотерапевт допомагає клієнту

усвідомити приховані переживання, опрацювати витіснені емоції й конфліктні ситуації, які раніше не отримали психологічного вирішення. Це дозволяє зменшити потребу організму у соматичному «сигналізованні» та знижує повторюваність симптомів.

IV. Психосоосвіта.

Окремим блоком програми виступає психосоосвітня робота, яка забезпечує формування у клієнтів адекватного уявлення про природу психосоматичних і конверсійних розладів. Пояснюється механізм «кола стресу», коли емоційне напруження провокує тілесні прояви, а вони, у свою чергу, посилюють тривогу та страх. Психосоосвіта допомагає клієнтам знизити тривожність щодо власного стану, підвищити рівень інсайту та активніше включатися у психотерапевтичний процес.

У рамках психосоосвіти важливо пояснювати, що ранній розвиток дитини формує базові механізми регуляції тілесних і емоційних станів. Як зазначає Клуссманн, у немовляти домінує тілесний спосіб вираження емоцій, і лише завдяки „емоційному діалогу“ з матір'ю поступово формується здатність до символізації — уміння виражати переживання словами, а не тілесними реакціями. Якщо у ранньому досвіді бракувало емпатичного відгуку, у дорослому віці конфлікт або страх можуть знову активувати первинний, тілесний спосіб реагування, що проявляється у вигляді конверсійних симптомів. Розуміння цього механізму допомагає клієнтам усвідомити природу своїх симптомів та зменшує їхню тривогу.[40]

Інтеграція зазначених методів створює умови для багаторівневої роботи: КПТ забезпечує раціональне осмислення та зміну поведінки, тілесно-орієнтовані підходи знижують фізичну напругу, психодинамічні методи дають можливість пропрацювати глибинні причини, а психосоосвіта формує усвідомлення й мотивацію до змін. У комплексі це сприяє не лише редукції симптомів, а й довгостроковому підвищенню психологічної стійкості клієнтів.

Розроблена програма психотерапевтичного втручання для клієнтів із конверсійними розладами реалізується послідовно та включає чотири основні

етапи. Кожен етап має свої завдання, методи та очікувані результати, що забезпечує комплексність і системність роботи з клієнтом.

1. Підготовчий етап.

На цьому етапі першочерговим завданням є встановлення терапевтичного альянсу, що передбачає створення довірливої атмосфери між клієнтом і психотерапевтом. Важливим компонентом є проведення психоосвіти, під час якої клієнту у доступній формі пояснюється взаємозв'язок між психічними процесами та тілесними проявами. Крім того, клієнти отримують первинні навички релаксації — прості дихальні техніки чи вправи на зниження напруження. Наприклад, клієнтці з повторюваними головними болями було запропоновано освоїти техніку діафрагмального дихання, яка допомогла знизити інтенсивність симптомів у моменти стресу.

2. Діагностично-аналітичний етап.

Основною метою цього етапу є виявлення глибинних психологічних конфліктів та чинників, що підтримують симптоматику. Психотерапевт проводить поглиблене інтерв'ю, що дозволяє визначити ключові проблемні переживання клієнта. Паралельно аналізуються результати психодіагностики за такими методиками, як HADS (для оцінки рівня тривожності та депресії), опитувальник Айзенка (для визначення рівня агресивності й ригідності) та PMH-SCALE (для оцінки позитивного ментального здоров'я). На основі цих даних формується індивідуальний план терапії. Наприклад, клієнт із високим рівнем ригідності отримує акцент на розвитку гнучкості реагування, тоді як у клієнта з низьким рівнем позитивного ментального здоров'я основний акцент робиться на формуванні ресурсності.

3. Терапевтичний етап.

Цей етап є центральним у програмі й охоплює безпосередню психотерапевтичну роботу.

Когнітивно-поведінкові інтервенції спрямовані на ідентифікацію та зміну деструктивних переконань, які підтримують симптоми. Наприклад, клієнт із постійними серцевими скаргами усвідомив, що його переконання

«будь-який стрес призведе до серцевого нападу» лише посилює симптоматику. Завдяки когнітивній реструктуризації ці думки були замінені на більш адаптивні.

Тілесні техніки включають прогресивну м'язову релаксацію, усвідомлене дихання, вправи на відновлення контакту з тілом. У практиці це допомогло клієнтці 27 років, яка страждала від безсоння: освоєна техніка «сканування тіла» дозволила їй швидше засинати й зменшити рівень напруження.

Психодинамічна робота передбачає опрацювання витіснених переживань та реконструкцію внутрішніх конфліктів. Наприклад, у клієнта 34 років, який скаржився на відчуття задухи, було виявлено невирішений конфлікт із батьком. Опрацювання цієї проблеми призвело до зменшення частоти соматичних проявів.

4. Етап інтеграції та закріплення.

Заключний етап спрямований на перенесення отриманих у процесі терапії знань і навичок у повсякденне життя. Клієнти навчаються застосовувати техніки саморегуляції у стресових ситуаціях, що дозволяє знижувати ризик повернення симптомів. Особлива увага приділяється профілактиці можливих рецидивів, що включає роботу над розпізнаванням «сигнальних ознак» повернення напруження. Водночас терапевт підтримує розвиток позитивного ментального здоров'я шляхом формування адаптивних копінг-стратегій, наприклад, використання технік усвідомленості, участі в соціально значущих активностях, розвитку емоційної гнучкості.

З огляду на це, чотириетапна структура програми забезпечує цілісність психотерапевтичного процесу: від встановлення контакту і діагностики до глибинної корекції й закріплення результатів.

Для реалізації психотерапевтичної програми застосовується широкий спектр технік, спрямованих на редукцію симптомів, підвищення емоційної регуляції та опрацювання психологічних конфліктів. Основні з них подано в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Приклади психотерапевтичних технік у роботі з конверсійними
розладами

Напрямок	Техніки	Очікуваний ефект
Релаксаційні	Прогресивна м'язова релаксація Джекобсона, «сканування тіла»	Зниження м'язового напруження, покращення якості сну
Дихальні	Повільне діафрагмальне дихання, техніка «4-7-8»	Регуляція рівня стресу, відновлення фізіологічного ритму
Когнітивні	Виявлення автоматичних думок, техніка «зупинка думки»	Формування адаптивних переконань, зменшення тривожності
Психоосвіта	Лекції, практичні завдання про природу психосоматики	Усвідомлення зв'язку емоцій і симптомів, підвищення інсайту
Психодинамічні	Асоціативні техніки, вільні асоціації, аналіз сновидінь	Опрацювання несвідомих конфліктів, зниження частоти симптомів

Аналіз таблиці демонструє, що програма включає як базові техніки релаксації та дихання, так і глибинні методи когнітивної та психодинамічної роботи. Поєднання зазначених технік дозволяє впливати на різні рівні функціонування клієнта, тілесний, емоційний і когнітивний, що забезпечує комплексність терапевтичного процесу.

Реалізація психотерапевтичної програми для клієнтів із конверсійними розладами передбачає досягнення як симптоматичних, так і особистісних змін. Насамперед очікується зниження частоти та інтенсивності тілесних скарг, що дозволить клієнтам покращити якість життя та зменшити кількість звернень до лікарів із неуточненими соматичними симптомами.

Важливим результатом є підвищення рівня усвідомлення власного емоційного стану. Завдяки психоосвіті та психотерапевтичним технікам клієнти отримують можливість краще розпізнавати свої переживання та усвідомлювати їхній зв'язок із тілесними проявами. Це сприяє зменшенню феномену соматизації.

Програма спрямована і на зниження рівня тривожності та депресії. Очікується, що клієнти навчатимуться регулювати інтенсивність негативних емоцій, використовувати релаксаційні та когнітивні техніки для зменшення психоемоційного напруження. Окремим результатом стане розвиток

адаптивних копінг-стратегій. Клієнти оволодіють новими способами реагування на стресові ситуації, що дасть змогу уникати накопичення емоційної напруги та формування нових симптомів.

Загальним підсумком програми є формування більшої психологічної стійкості до стресу, що виражається у здатності конструктивно долати труднощі, підтримувати стабільний рівень ментального здоров'я та знижувати ризик повторного виникнення конверсійних проявів.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило всебічно розкрити особливості психосоматичних симптомів та конверсійних розладів у контексті сучасної психотерапевтичної практики, визначити їхні психологічні детермінанти, а також розробити науково обґрунтовану програму психотерапевтичної допомоги. Реалізація поставлених завдань забезпечила цілісне поєднання теоретичного, емпіричного та практичного аспектів проблеми, що дозволяє зробити комплексні висновки.

1. Теоретичне узагальнення проблеми психосоматичних і конверсійних симптомів. Аналіз наукової літератури засвідчив, що психосоматичні симптоми є результатом складної інтеграції психологічних, фізіологічних і соціальних процесів, у межах якої психічне напруження або невирішені внутрішні конфлікти знаходять вираження у соматичній сфері. Конверсійний розлад розглядається як один із проявів цієї взаємодії, коли емоційні переживання трансформуються у тілесні симптоми, що виконують захисну або комунікативну функцію.

Теоретичний аналіз показав, що провідні напрями сучасної психотерапії - психодинамічний, когнітивно-поведінковий, тілесно-орієнтований і системний сходяться у визнанні тісного зв'язку між емоційним досвідом та соматичними реакціями. Зокрема, у психодинамічній концепції (Ф. Александер, Г. Гротьян) підкреслюється роль внутрішнього конфлікту як джерела соматизації, у когнітивно-поведінковому підході — роль неадаптивних схем мислення та катастрофізації тілесних відчуттів, тоді як тілесно-орієнтована психотерапія розглядає соматичні прояви як відображення блокованих емоцій.

Синтез цих підходів дозволяє сформувати інтегративну модель розуміння психосоматичних розладів, де тіло постає не лише як біологічна система, а як частина психічного простору особистості. У такому контексті психотерапевтичний вплив повинен бути спрямований не лише на усунення

симптомів, а й на глибинну реконструкцію внутрішніх моделей реагування, емоційного вираження та саморегуляції.

2. Методологічна основа та програма емпіричного дослідження. Другий етап дослідження полягав у визначенні вибірки, формуванні структури емпіричного дослідження та доборі психодіагностичного інструментарію. Вибірка складалася з клієнтів психотерапевтичної практики, які мали соматичні скарги без вираженої органічної етіології. У процесі дослідження використовувалися стандартизовані методики: госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), опитувальник Айзенка (EPI) для оцінки тривожності, агресивності та ригідності, а також шкала позитивного ментального здоров'я (PMH-SCALE).

Доповненням до кількісних методів стало клініко-психологічне інтерв'ю, яке забезпечило якісне осмислення особистісних та ситуативних чинників соматизації. Його структура включала блоки, присвячені історії виникнення соматичних симптомів, життєвим подіям, міжособистісним конфліктам та стратегіям реагування на стрес. Отримані дані дозволили не лише зафіксувати частоту окремих симптомів, а й створити узагальнений психосоматичний профіль клієнта.

Психодіагностичний комплекс забезпечив наукову валідність дослідження, оскільки дозволив інтегрувати кількісні та якісні дані, відобразити динаміку емоційного стану та взаємозв'язок між когнітивними, афективними та соматичними характеристиками. Такий підхід відповідає сучасним вимогам до психотерапевтичних досліджень, що вимагають мультидисциплінарного підходу й поєднання об'єктивних та суб'єктивних показників.

3. Аналіз результатів емпіричного дослідження та виявлення взаємозв'язків. Результати емпіричного дослідження засвідчили наявність вираженого зв'язку між емоційною сферою особистості та соматичними симптомами. Підвищений рівень тривожності виявився ключовим чинником, що сприяє виникненню та підтриманню психосоматичних проявів. Депресивні

тенденції виступали вторинним феноменом, який супроводжував емоційне виснаження, втрату мотивації та відчуття безсилля.

Важливу роль відігравали також ригідність мислення та низький рівень позитивного ментального здоров'я, що свідчить про труднощі адаптації, дефіцит когнітивної гнучкості та зниження здатності до конструктивного опрацювання стресових подій. Під час інтерв'ю учасники нерідко пов'язували появу тілесних симптомів зі стресом, конфліктами або перевтомою, що додатково підтверджує роль психологічних чинників у формуванні соматичних скарг.

Кореляційний аналіз дозволив статистично обґрунтувати ці спостереження. Виявлені позитивні зв'язки між показниками тривожності, ригідності та інтенсивністю психосоматичних симптомів свідчать про системний характер взаємодії між емоційним і соматичним рівнями функціонування. Негативна кореляція з позитивним ментальним здоров'ям демонструє, що нестача внутрішніх ресурсів, низький рівень самоприйняття та життєстійкості сприяють соматизації емоційної напруги. Таким чином, отримані результати підтверджують багаторівневу природу психосоматичних порушень, де психологічний стан виступає як тригер, а соматичні симптоми — як форма адаптації.

4. Розробка психотерапевтичної програми для клієнтів із конверсійними розладами. На основі узагальнення теоретичних положень і емпіричних результатів була розроблена психотерапевтична програма, спрямована на клієнтів із конверсійними розладами. Програма побудована на інтегративному підході, який об'єднує методи когнітивно-поведінкової терапії, психодинамічні інтервенції, тілесно-орієнтовані техніки та елементи психоосвіти.

Основна мета програми — зниження інтенсивності психосоматичних симптомів, підвищення усвідомлення емоційних процесів та розвиток навичок саморегуляції. Програма складається з чотирьох етапів:

1. Підготовчий — встановлення терапевтичного альянсу, психоосвіта, ознайомлення клієнта з природою психосоматичних реакцій, формування мотивації до змін.

2. Діагностично-аналітичний — глибинне опрацювання життєвих подій, ідентифікація психологічних конфліктів і дисфункційних патернів мислення.

3. Терапевтичний — застосування когнітивних і тілесно-орієнтованих технік, спрямованих на зниження емоційного напруження, розпізнавання й вираження пригнічених почуттів.

4. Інтеграційний — закріплення нових навичок, профілактика рецидивів, розвиток ресурсності та стійкості до стресу.

Реалізація програми сприяє відновленню зв'язку між тілом і психікою, підвищенню рівня усвідомлення, гнучкості поведінкових реакцій і внутрішньої стабільності. Під час апробації було відзначено покращення психоемоційного стану, зниження соматичних скарг, а також підвищення рівня самоприйняття та оптимізму.

5. Загальні узагальнення та практичне значення. Отримані результати дозволяють стверджувати, що психосоматичні симптоми та конверсійні розлади є не лише медичною, а й глибоко психологічною проблемою, що потребує комплексного підходу. Їх виникнення зумовлюється поєднанням підвищеної тривожності, емоційної напруги, ригідності мислення, дефіциту внутрішніх ресурсів і недостатнього рівня усвідомлення власних емоцій.

Розроблена програма психотерапевтичної допомоги може розглядатися як ефективний інструмент практичної роботи з клієнтами, які мають психосоматичні скарги.

Таким чином, результати дослідження мають як наукове, так і практичне значення: вони підтверджують взаємозв'язок між психоемоційними станами та соматичними проявами, обґрунтовують необхідність інтегративного підходу в психотерапії та демонструють ефективність комплексної психокорекційної програми у роботі з клієнтами, схильними до психосоматичних розладів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS): опис і застосування (укр.). URL: <https://mozok.ua/anxietydisorder/testy/item/2711-gosptalna-shkala-trivogi--depres-HADS> (дата звернення: 18.09.2025).
2. Клінічний випадок резистентного дисоціативно-конверсійного розладу у військовослужбовця під час надання медичної (реабілітаційної) допомоги в госпітальних умовах // *Український журнал медичної медицини (Ujmm)*. 2024. URL: <https://ujmm.org.ua/index.php/journal/article/download/411/317/> (дата звернення: 20.09.2025).
3. Про психосоціальну допомогу населенню : наказ МОЗ України від 13.07.2020 № 1585. URL: https://moz.gov.ua/uploads/4/24991-dn_13072020_1585_dod.pdf (дата звернення: 15.09.2025).
4. Дяченко К. та ін. Адаптація україномовної версії SCL-90-R // *Психологічний журнал (ХДУ)*. 2020. URL: <https://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/download/1097/1048/> (дата звернення: 08.09.2025).
5. Іващенко С. М. Психотерапія психосоматичних розладів: теорія і практика : монографія. Львів : ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2021. 76 с.
6. Клінічний випадок резистентного дисоціативно-конверсійного розладу (військовослужбовець) // *ResearchGate* (препринт). 2025. URL: <https://www.researchgate.net/publication/377323103> (дата звернення: 12.09.2025).
7. Карамушка Л., Терещенко К., Креденцер О. Адаптація на українській вибірці методик «The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» та «Positive Mental Health Scale (PMH-scale)» // *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. № 3-4 (27). С. 85-94. DOI: <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.8>.

8. Конверсія (психологія): енциклопед. стаття. URL: [https://uk.wikipedia.org/wiki/Конверсія_\(психологія\)](https://uk.wikipedia.org/wiki/Конверсія_(психологія)) (дата звернення: 02.09.2025).
9. Коцюбинська Н. Є., Пилипенко Л. Л. Психосоматичні аспекти в клінічній психології : навч. посіб. Харків : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2019. 284 с.
10. Міськов Г. Інформаційний супровід практики HADS // *Український вісник*. 2025. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/746018/1/Міськов_HADS_1472_1480.pdf (дата звернення: 12.09.2025).
11. Максименко С. Д., Карамушка Л. М., Зайчикова Т. В. (ред.). Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти : навч. посіб. Київ : Міленіум, 2006. 254 с.
12. МКХ-10: Клас V. Розлади психіки та поведінки (укр. сторінка-огляд). URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/МКХ-10:_Клас_V._Розлади_психіки_та_поведінки (дата звернення: 12.09.2025).
13. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги : наказ МОЗ України від 19.07.2024 № 1265. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf (дата звернення: 15.09.2025).
14. Пацієнт з психосоматичними симптомами : клінічна настанова МОЗ України (Настанова 00709). 2017. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/5558> (дата звернення: 22.09.2025).
15. Нейробіологічні основи депресії та тривожних розладів // *Neuronews*. 2019. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2019/10%28111%29/pages-34-36/neyrobiologichni-osnovi-depresi-yi-ta-trivozhnogo-rozladu-principi-konservativnogo-likuvannya-> (дата звернення: 02.09.2025).
16. Опис навчальної дисципліни «Психосоматика» (НУБіП): робоча програма. 2024. URL:

https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u251/ok_38_rp_psihosomatika_altanova.pdf (дата звернення: 02.09.2025).

17. *Практична психосоматика (діагностичні шкали)* : навч. посіб. Київ, 2019. URL: <https://www.researchgate.net/publication/Prakticna-psihosomatika-diagnosticni-skali-Navcalnij-posibnik.pdf> (дата звернення: 12.09.2025).

18. *Психіатрія* : навч. посіб. для магістрів та бакалаврів (ХНМУ). 2018. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/bitstreams/7b947406-9fd9-404d-a4b5-9faf9b5fd0c2/download> (дата звернення: 12.09.2025).

19. *Психічне, тілесне, соціальне. Психосоматика: хрестоматія* (ЗНУ). 2021. URL: <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi72/0052843.pdf> (дата звернення: 02.09.2025).

20. Психічні розлади із соматичними симптомами: місце в сучасних класифікаціях, дефініції, діагностика та лікування // *Neuronews*. 2018. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2018/4-5%2897%29/pages-44-50/psihichni-rozladi-iz-somatichnimi-simptomami-misce-v-suchasnih-klasifikacijah-definiciyi-diagnostika-ta-likuvannya> (дата звернення: 02.09.2025).

21. Наугольник Л. Психологія стресу : підручник. Львів, 2015. URL: https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/10/Наугольник_психологія_стресу.pdf (дата звернення: 02.09.2025).

22. *Психосоматика та психологія здоров'я* : метод. вид. НПУ ім. Драгоманова. 2020. URL: <https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/31844/Psykhosomatyka%20Ta%20Psykhoholohiia%20Zdorovia.pdf> (дата звернення: 12.09.2025).

23. Скринінг і лікування психосоматичних розладів // *Health-UA.com*. 2025. URL: <https://health-ua.com/neurology/mizdisciplinari-problemi/79436-skrining-i-likuvannia-psixosomaticnix-rozladiv> (дата звернення: 02.09.2025).

24. Про затвердження клінічного протоколу первинної медичної допомоги при ПТСР та PHQ-9 : наказ МОЗ України від 23.02.2016 № 121. URL:

- https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ykpm_d_ptsr.pdf (дата звернення: 12.09.2025).
25. Функціональний неврологічний симптомний розлад // *MSD Manuals* (укр. мовою). 2024. URL: <https://www.msdmanuals.com/uk/professional/psychiatric-disorders/somatic-symptom-and-related-disorders/functional-neurological-symptom-disorder> (дата звернення: 02.09.2025).
 26. Функціональні неврологічні розлади в практиці невролога // *Neuronews*. 2020. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2020/10%28121%29/pages-6-8/funkcionalni-nevrologichni-rozladi-v-praktici-nevrologa> (дата звернення: 02.09.2025).
 27. Хаустова О. В. Психосоматичні розлади: діагностика та терапія : монографія. Київ : Медкнига, 2017. 312 с.
 28. Хаустова О. В., Борисова Н. В. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навч. посіб. Київ, 2019. URL: <https://www.researchgate.net/publication/Prakticna-psihosomatika-diaagnostichni-skali-Navcalnij-posibnik.pdf> (дата звернення: 12.09.2025).
 29. Чабан О. С., Хаустова О. В. Психосоматична медицина: сучасний стан та перспективи розвитку // *Український медичний часопис*. 2020. № 3 (131). С. 45-52. URL: <https://umj.com.ua/article/190327> (дата звернення: 12.09.2025).
 30. Bennett K. et al. A practical review of functional neurological disorder for the general physician // *Clin Med (Lond)*. 2021. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7850207/> (дата звернення: 22.09.2025).
 31. Hallett M., Aybek S., Perez D. L., Stone J. та ін. Functional neurological disorder: new subtypes and shared mechanisms // *Lancet Neurology*. 2022. URL: https://www.research.ed.ac.uk/files/338204726/Hallett_et_al_THELANCETNEUROLOGY_D_21_00541R2_version_for_PURE.pdf (дата звернення: 12.09.2025).
 32. Henningsen P. et al. Management of Somatic Symptom Disorder // *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2018. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6016049/> (дата звернення: 12.09.2025).

33. Kurlansik S. L., Maffei M. S. Somatic Symptom Disorder // *American Family Physician*. 2016. URL: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2016/0101/p49.html> (дата звернення: 12.09.2025).
34. Patient Health Questionnaire - PHQ-15 (укр. версія). Держекспертцентр МОЗ України. 2016. URL: <https://www.dec.gov.ua/?ZG93bmXvYWQ=d3AtY29udGVudC91cGxvYWZlZlIwMTkvMTEvMjAxNF8xMDAzX3IrcG1kX2RlcHJlc2l5YS5wZGY%3D> (дата звернення: 02.09.2025).
35. Perez D. L., Edwards M. J., Stone J. A Decade of Progress in Motor Functional Neurological Disorder. 2021. URL: <https://brainmind.co.uk/wp-content/uploads/2022/11/Perez-et-al.-2021-A-Decade-of-Progress-in-Motor-Functional-Neurologi.pdf> (дата звернення: 10.09.2025).
36. van Dessel N. et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms : *Cochrane Review*. 2014. URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011142.pub2/full> (дата звернення: 12.09.2025).
37. WHO. ICD-11: Clinical descriptions and diagnostic requirements for mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. 2023. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375767/9789240077263-eng.pdf> (дата звернення: 12.09.2025).
38. MEDICLIN Kliniken Bad Wildungen. Konversionsstörung: körperliche Störungen durch Psyche ausgelöst [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.mediclin-badwildungen.de/fachbereichekrankheitsbilder/rehabilitation/psychosomatikpsychotherapie/konversionsstoerung-koerperlichestoerungen-durch-psyche-ausgeloest/> (дата звернення: 03.11.2025).
39. Rech F., Czejchner A., Antwerpes F., Fink B. та ін. Dissoziative Konversionsstörung [Електронний ресурс] / DocCheck Flexikon. – 06.06.2025. Останнє оновлення: 19.11.2011. – Режим доступу:

https://flexikon.doccheck.com/de/Dissoziative_Konversionsst%C3%B6rung (дата
звернення: 03.11.2025).

40. Klußmann, R. Konversion als psychosomatische Erkrankung: Zum
Verständnis der Konversion heute. Psychotherapie, 2015, Bd. 20(1), S. 74–91.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Методики, використані у дослідженні психосоматичних і психоемоційних характеристик респондентів

Назва методики	Автор(и), рік створення	Адаптація для українських вибірок	Мета застосування	Короткий опис змісту	Психометричні характеристики	Інтерпретація результатів
Шкала тривоги та депресії (HADS)	Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983	Українська адаптація – Балакірева О., 2018	Визначення рівня тривоги та депресивних тенденцій у психосоматичних пацієнтах	14 тверджень, 2 підшкали – тривога (HADS-A) і депресія (HADS-D); оцінка за 4-бальною шкалою	$\alpha = 0.81-0.89$; тест-ретест $r = 0.79$	0–7 балів – норма, 8–10 – субклінічний рівень, 11 і більше – клінічний рівень
Опитувальник соматичних симптомів (PHQ-15)	Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B., 2002	Переклад і адаптація – Крамаренко О., 2017	Оцінювання частоти соматичних скарг і соматизації стресу	15 пунктів, що охоплюють тілесні скарги (біль, розлади сну, серцебиття, втому тощо); відповіді за 3-бальною шкалою частоти	$\alpha = 0.80$; тест-ретест $r = 0.84$	0–4 – низький рівень соматизації; 5–9 – помірний; 10–15 – високий
Опитувальник Айзенка (EPI)	Eysenck H.J., Eysenck S.B.G., 1964	Українська адаптація – Варій М., 2004	Визначення типу темпераменту та рівня нейротизму	57 запитань із відповідями «так/ні»; оцінюють шкали екстраверсії, нейротизму, контролю щирості	$\alpha = 0.78-0.86$; стабільність 0.83	Комбінація показників визначає тип темпераменту: сангвінік, холерик, флегматик, меланхолік
Шкала позитивного ментального здоров'я (PMH-SCALE)	Lukat J., Becker E.S., 2017	Українська адаптація – Карамушка Л., Креденцер О., Терещенко К., 2020	Визначення рівня психологічного благополуччя, саморегуляції та стресостійкості	9 тверджень, оцінювані за 4-бальною шкалою; відображає позитивні	$\alpha = 0.89$; внутрішньозгодженість $r = 0.87$	9–24 балів – низький рівень, 25–29 – середній, 30–36 – високий

			ійкості	е		
				мислення		
				,		
				емоційну		
				рівновагу		
				,		
				задоволе		
				ння		
				життям		
Клініко- психологічне інтер в'ю	На основі класичної моделі А. Mitscherlic p. h, 1953	Адаптовано для української вибірки у 2024	Уточнен особисті не сних, інтерв'ю емоційн з их і відкрити поведін ми кових запитанн аспектів ями щодо психосо скарг, матични емоційно х го стану, розладів способів подоланн я стресу	Напівстр уктурова не інтерв'ю з відкрити ми запитанн ями щодо скарг, емоційно стану, способів подоланн я стресу	Валідація експертним методом; надійність оцінки міжінтерв'юер ів $r = 0.91$	Визначає тип реагування: соматизований, емоційно-поведінковий або адаптивний

ДОДАТОК Б

Опитувальник Айзенка для визначення типу темпераменту

Інструкція. Вам пропонується кілька питань. На кожне питання відповідайте лише «так» або «ні». Не витрачайте час на обговорення питань, тут не може бути гарних або поганих відповідей, тому що це не випробування розумних здібностей

Питання

1. Чи часто Ви відчуваєте жагу до нових вражень, до того, щоб відволіктися, випробувати сильні відчуття?
2. Чи часто Ви відчуваєте, що маєте потребу в друзях, які можуть зрозуміти Вас, підбадьорити, поспівчувати?
3. Чи вважаєте Ви себе безтурботною людиною?
4. Чи дуже важко Вам відмовитися від своїх намірів?
5. Ви обмірковуєте свої справи не поспішаючи чи прагнете почекати, перш ніж діяти?
6. Чи завжди Ви виконуєте свої обіцянки, навіть якщо Вам це невигідно?
7. Чи часто у Вас бувають спади та підйоми настрою?
8. Чи швидко Ви зазвичай дієте й говорите?
9. Чи виникало у Вас коли-небудь відчуття, що Ви нещасні, хоча жодної серйозної причини для цього не було?
10. Чи правильно, що на парі Ви здатні зважитися на все?
11. Чи бентежитеся Ви, коли хочете познайомитися з людиною протилежної статі, яка Вам симпатична?
12. Чи буває, що, розлютившись, Ви виходите із себе?
13. Чи часто Ви дієте нерозважливо, під впливом моменту?
14. Вас часто турбує думка про те, що Вам не слід було щось робити або говорити?
15. Чому Ви віддаєте перевагу: читанню книг чи зустрічам з людьми?
16. Чи правильно, що Вас легко образити?
17. Чи любляете Ви часто бути в компанії?
18. Чи бувають у Вас такі думки, якими Вам не хотілося бділитися з іншими?
19. Чи правильно, що іноді Ви настільки сповнені енергії, що все горить у руках, а іноді відчуваєте втому?
20. Чи намагаєтеся Ви обмежувати коло своїх знайомств невеликою кількістю найближчих друзів?
21. Чи багато Ви мрієте?
22. Коли на Вас гримають, чи відповідаєте Ви тим самим?
23. Чи вважаєте Ви всі свої звички гарними?
24. Чи часто у Вас виникає почуття, що Ви в чомусь винні?
25. Чи здатні Ви іноді дати волю своїм почуттям і безтурботно розважатися у веселій компанії?
26. Чи можна сказати, що нерви у Вас часто натягнуті до межі?
27. Чи маєте Ви славу людини жвавої та веселої?

28. Після того як справу зроблено, чи часто Ви подумки повертаєтеся до неї й думаєте, що могли б зробити краще?
29. Чи почуваєтеся Ви неспокійно, перебуваючи у великій компанії?
30. Чи трапляється, що Ви передаєте чутки?
31. Чи буває, що Вам не спиться через те, що в голові вирують різні думки?
32. Якщо Ви хочете про щось довідатися, Ви знаходите це в книзі чи питаєте в людей?
33. Чи буває у Вас сильне серцебиття?
34. Чи подобається Вам робота, що вимагає зосередженості?
35. Чи бувають у Вас дрижаки?
36. Чи завжди Ви говорите правду?
37. Чи буває Вам неприємно перебувати в компанії, де кепкують один з одного?
38. Чи дратівливі Ви?
39. Чи подобається Вам робота, що вимагає швидкодії?
40. Чи правильно, що Вам часто не дають спокою думки про різні неприємності й жахи, які могли б статися, хоча все скінчилося благополучно?
41. Чи правильно, що Ви неквапливі в рухах і трохи повільні?
42. Чи спізнювалися Ви коли-небудь на роботу, на зустріч із кимось?
43. Чи часто Вам сняться кошмари?
44. Чи правильно, що Ви так любите поговорити, що не пропускаєте будь-яку нагоду поговорити з новою людиною?
45. Чи турбують Вас які-небудь болі?
46. Чи засмутитеся Ви, якщо довго не зможете бачитися з товаришами?
47. Чи нервова Ви людина?
48. Чи є серед ваших знайомих ті, хто Вам точно не подобається?
49. Ви впевнена в собі людина?
50. Вас легко зачіпає критика ваших недоліків чи вашої роботи?
51. Чи важко Вам одержати справжнє задоволення від заходів, у яких бере участь багато народу?
52. Чи турбує Вас відчуття, що Ви чимось гірші за інших?
53. Зуміли б Ви внести пожвавлення в нудну компанію?
54. Чи трапляється, що Ви говорите про речі, на яких зовсім не розумієтесь?
55. Чи піклуєтесь Ви про своє здоров'я?
56. Чи любите Ви жартувати над іншими?
57. Чи страждаєте Ви від безсоння?

Обчислюється сума відповідей «так» у питаннях 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49,

53, 56 і відповідей «ні» у питаннях 5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51.

Якщо сума балів дорівнює 0-10, то Ви інтроверт, занурені в себе.

Якщо 15-

24, то Ви екстраверт, товариська людина, обернена до зовнішнього світу.

Якщо 11-14, то Ви амбіверт, спілкуєтесь, коли Вам це потрібно.

Обчислюється кількість відповідей «так» у питаннях 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31,

33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57.

Якщо кількість відповідей «так» дорівнює 0-10, то це свідчить про емоційну стійкість. Якщо 11-16, то це емоційна вразливість.

Якщо 17-22, то з'являються окремі ознаки розхитаності нервової системи. Якщо 23-24, то —

невротизм, що межує з патологією, можливий зрив, невроз.

Обчислюється сума балів відповідей «так» у питаннях 6, 24, 36 і відповідей «ні» у питаннях 12, 18, 30, 42, 48, 54.

Якщо набрана кількість балів 0-

3 — норма людської несправності, відповідям можна довіряти. Якщо 4-5, то сумнівно.

Якщо 6-9, то відповіді недостовірні.

Сангвінік-

екстраверт: стабільна особистість, соціальний, спрямований до зовнішнього світу, товариська, часом балакуча, безтурботна, весела, любить лідерство, має багато друзів, життєрадісна.

Холерик-екстраверт: нестабільна особистість, збудлива, нестримана, агресивна, імпульсивна, оптимістична, активна, але працездатність і настрій нестабільні, цикл ічні. У ситуації стресу — схильність до істерико-психопатичних реакцій.

Флегматик-інтроверт: стабільна особистість, повільна, спокійна, пасивна, незворушна,

обережна, замислена, мирна, стримана, надійна, спокійна у взаєминах, здатна витримати тривалі негаразди без зривів здоров'я і настрою.

Меланхолік-інтроверт: нестабільна особистість, тривожна, песимістична, зовні стримана, але в душі надзвичайно емоційна, чутлива, переймається й переживає, схильна до

тривоги, депресій, смутку; у напружених ситуаціях можливі зрив або погіршення діяльності («стрес кролика»).

ДОДАТОК В

Клініко-психологічне інтерв'ю для дослідження психосоматичних симптомів**Мета:**

Отримання додаткової якісної інформації про особистісні та емоційні особливості учасників дослідження, а також уточнення характеру соматичних скарг, їх динаміки, частоти та зв'язку з психоемоційним станом.

Форма проведення:

Індивідуальне напівструктуроване інтерв'ю, тривалістю 25–30 хвилин.

Інструкція:

Досліджуваному пропонується відповісти на запитання, що стосуються самопочуття, емоційного стану, життєвих обставин і способів подолання стресу. Відповіді записуються у вигляді коротких коментарів.

Структура інтерв'ю**1. Загальні дані:**

Вік, стать, освіта, сфера діяльності, сімейний стан, наявність хронічних захворювань.

2. Соматичні скарги:

- Які фізичні симптоми турбують найчастіше?
- У яких ситуаціях вони зазвичай з'являються або посилюються?
- Як довго тривають ці симптоми?
- Чи пов'язуєте ви їх із психологічним напруженням, стресом або конфліктами?

3. Емоційний стан:

- Як можна охарактеризувати ваш настрій протягом останніх тижнів?
- Чи відчуваєте напруження, дратівливість або втому без очевидних причин?
- Як реагуєте на стресові ситуації?

4. Поведінкові та когнітивні реакції:

- Чи спостерігаєте зміни у звичках сну, апетиту, працездатності?
- Як часто виникає відчуття безсилля, апатії або тривоги?
- Чи помічали, що фізичні симптоми зменшуються під час відпочинку або після емоційного розвантаження?

5. Ресурси та стратегії подолання:

- Що допомагає відновити внутрішню рівновагу у складних ситуаціях?
- Хто або що надає підтримку у періоди напруження?
- Які зміни у способі життя могли б сприяти покращенню самопочуття?

Інтерв'юер: _____

Дата проведення: _____

Підпис досліджуваного: _____

ДОДАТОК Г

Матриця та інтерпретація кореляційних зв'язків між показниками

Психоемоційні показники	Соматичні прояви	г	р
Тривожність (HADS-A) ↔ Соматизація (PHQ-15)	0.52	0.01	Прямий зв'язок середньої сили, високий рівень тривожності супроводжується збільшенням соматичних симптомів
Депресія (HADS-D) ↔ PMH-SCALE	-0.42	0.05	Обернений зв'язок, зниження позитивного ментального здоров'я при підвищенні депресивності
Ригідність ↔ Агресивність	0.45	0.01	Прямий зв'язок, жорсткість установок поєднується з емоційною напругою
PMH-SCALE ↔ Тривожність	-0.44	0.01	Високий рівень позитивного ментального здоров'я асоціюється з нижчою тривожністю
PHQ-15 ↔ Нейротизм (EPI)	0.40	0.05	Схильність до емоційної нестабільності підсилює соматизацію стресу