

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ  
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АЛЕКСОТИМІЇ, ІНТЕРОЦЕПТИВНОЇ  
УСВІДОМЛЕНOSTІ ТА СОМАТИЗАЦІЇ В УМОВАХ ХРОНІЧНОГО  
СТРЕСУ**

**Кваліфікаційна робота  
на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»**

**Виконала:** здобувачка 4 курсу 07-431 групи  
Спеціальності 053 «Психологія»  
освітньо-професійної програми «Психологія»

**Христина СМЕТАНЮК**

**Керівник:** к. психол. н.,

**Олена ШЕЛЕСТОВА**

**Рецензент:** гол. Укр. асоц. христ. психології

**Людмила ГРИДКОВЕЦЬ**

## ЗМІСТ

|                                                                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ВСТУП.....                                                                                                       | 3  |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ АЛЕКСИТИМІЇ,<br>ІНТЕРОЦЕПТИВНОЇ УСВІДОМЛЕНOSTІ ТА СОМАТИЗАЦІЇ.....       | 6  |
| 1.1. Алекситимія як психологічний конструкт: сутність, структура та<br>діагностичні критерії .....               | 6  |
| 1.2. Інтероцептивна усвідомленість: нейропсихологічні основи та роль у<br>регуляції емоційних станів.....        | 9  |
| 1.3. Соматизація в контексті хронічного стресу: механізми формування та<br>психосоматичні прояви .....           | 12 |
| Висновки до розділу 1 .....                                                                                      | 15 |
| РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ АЛЕКСИТИМІЇ,<br>ІНТЕРОЦЕПТИВНОЇ УСВІДОМЛЕНOSTІ ТА СОМАТИЗАЦІЇ..... | 17 |
| 2.1. Організація та процедура дослідження: характеристика вибірки та етапи<br>проведення .....                   | 17 |
| 2.2. Аналіз рівнів алекситимії, інтероцептивної усвідомленості та соматизації<br>у досліджуваних .....           | 20 |
| 2.3. Опис використаних методик та аналіз результатів взаємозв'язку<br>досліджуваних конструктів.....             | 25 |
| Висновки до розділу 2 .....                                                                                      | 30 |
| ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ .....                                                                                          | 32 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....                                                                                 | 34 |
| ДОДАТКИ.....                                                                                                     | 38 |

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Проблема взаємозв'язку між психологічними характеристиками особистості та тілесним дистресом набуває дедалі більшої дослідницької уваги, особливо в умовах, коли суспільство переживає тривале стресове навантаження. Хронічний стрес, що характеризується не гострою, а розтягнутою у часі активацією психофізіологічних систем адаптації, створює специфічне підґрунтя для формування соматичних скарг, які не мають достатнього органічного пояснення. Саме в цьому просторі психосоматичних взаємовпливів алекситимія, інтероцептивна усвідомленість та соматизація утворюють систему взаємозумовлених явищ, дослідження якої відкриває шлях до більш точного розуміння механізмів трансформації психологічного дистресу у тілесний.

Алекситимія, описана R. M. Bagby, J. D. A. Parker та G. J. Taylor як транссиндромальна особистісна диспозиція з тривимірною структурою, сьогодні розглядається не лише як ознака психосоматичних пацієнтів, а як загальний чинник вразливості, що підвищує ймовірність різноманітних психологічних та соматичних розладів. Водночас інтероцептивна усвідомленість, концептуалізована W. E. Mehling та співавторами через багатовимірний опитувальник MAIA-2, набуває значення того «інтерфейсу», через який психологічний досвід транслюється у тілесний і навпаки. Зниження адаптивних форм тілесного усвідомлення, зокрема довіри до тіла та здатності не занурюватися у відчуття тривожно, створює умови, за яких соматизація стає провідною формою переживання дистресу. У вітчизняній психологічній науці системне дослідження цих трьох конструктів у їх взаємозв'язку та у контексті хронічного стресу практично відсутнє, що визначає наукову доцільність цієї роботи.

**Мета роботи** полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному вивченні взаємозв'язку між рівнем алекситимії, показниками інтероцептивної усвідомленості та інтенсивністю соматизації у осіб, що перебувають в умовах хронічного стресу.

Зв'язок роботи з науковими програмами та темами. Кваліфікаційне дослідження виконано в межах теми науково-дослідної роботи кафедри психології «Становлення та розвиток особистості в умовах соціальних трансформацій» (державний реєстраційний номер 0125U001891) Херсонського державного університету.

**Об'єкт дослідження:** психологічні особливості осіб, що переживають хронічний стрес.

**Предмет дослідження:** взаємозв'язок між рівнем алекситимії, показниками інтероцептивної усвідомленості та інтенсивністю соматичних скарг в умовах хронічного стресу.

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення та результати дослідження оприлюднено шляхом публікації тез у збірнику матеріалів XVII Міжнародної науково-практичної конференції «Практична психологія у сучасному вимірі» 21 квітня 2026 р. Результати дослідження обговорювалися на засіданні кафедри психології протокол від 21 травня 2026 року № 13.

**Методи дослідження.** У теоретичній частині застосовано метод аналізу та систематизації наукової літератури з проблематики алекситимії, інтероцептивної усвідомленості, соматизації та хронічного стресу. Емпіричний блок реалізований за допомогою чотирьох стандартизованих психодіагностичних методик: Торонтської шкали алекситимії (TAS-20) для оцінки алекситимічних рис, Багатовимірної оцінки інтероцептивної усвідомленості другої версії (MAIA-2) для вимірювання тілесного усвідомлення, Гіссенського опитувальника соматичних скарг (GBB) для оцінки суб'єктивного тілесного дистресу та Шкали сприйнятого стресу (PSS-10) для вимірювання рівня хронічного стресового навантаження. Математичне опрацювання даних здійснювалося із застосуванням непараметричної описової статистики, зокрема медіани та міжквартильного розмаху, а також коефіцієнта рангової кореляції Спірмена для аналізу взаємозв'язків між конструктами.

**Структура роботи.** Кваліфікаційна робота складається з вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (35 найменування) та 4

додатків. Загальний обсяг роботи становить 42 сторінок, з яких 37 сторінок – основний текст.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ АЛЕКСИТИМІЇ, ІНТЕРОЦЕПТИВНОЇ УСВІДОМЛЕНOSTІ ТА СОМАТИЗАЦІЇ**

### **1.1. Алекситимія як психологічний конструкт: сутність, структура та діагностичні критерії**

Поняття алекситимії виникло у клінічній практиці значно раніше, ніж стало предметом систематичного наукового аналізу. Уперше цей термін запровадив П. Сіфнеос у 1973 році, працюючи з пацієнтами, які страждали на психосоматичні захворювання і виявляли характерну нездатність розпізнавати та вербально описувати власні емоційні стани. Грецьке коріння слова пряме: «а» означає відсутність, «лексис» відповідає слову, «тімос» вказує на емоцію. Таким чином, уже в самій назві закладено суть феномену, що зводиться до специфічної «без-словесності» у сфері афекту. Надалі Дж. Немайя і П. Сіфнеос описали стійкий клінічний паттерн, який охоплював не лише труднощі з вербалізацією почуттів, але і збіднення уявного життя та переважну орієнтацію на зовнішні події на противагу внутрішньому досвіду [31, с. 23].

Протягом наступних десятиліть концепція зазнала суттєвих трансформацій. Спочатку алекситимія розглядалася як специфічна риса психосоматичних пацієнтів, тобто як явище, що притаманне певним нозологічним категоріям. Згодом дослідники переконалися, що йдеться про транссиндромальний конструкт, який зустрічається при депресії, тривожних розладах, розладах харчової поведінки, розладі аутистичного спектра та залежностях. Це відкриття переорієнтувало дослідницьку увагу: алекситимія стала вивчатися не як симптом конкретного розладу, а як особистісна риса або стабільна диспозиція, яка підвищує загальну вразливість до психопатології. О.В. Завгородня, Є.В. Степура та В.В. Депутат зазначають, що алекситимія є гетерогенним феноменом, тобто за однаковими зовнішніми проявами можуть стояти принципово різні механізми дефіциту афективної обробки [21].

Структурно алекситимія описується через три взаємопов'язані виміри. Перший з них становить труднощі у розпізнаванні власних почуттів та їх диференціації від тілесних відчуттів. Другий охоплює труднощі з вербальним описом емоційних станів при спілкуванні з іншими людьми. Третій вимір являє

собою екстернально орієнтований стиль мислення, за якого людина зосереджується переважно на конкретних зовнішніх фактах і подіях, а не на суб'єктивному внутрішньому досвіді. Р.М. Бегбі, Дж.Д. Паркер та Г.Дж. Тейлор зафіксували цю тривимірну структуру у 1994 році, розробивши Торонтську шкалу алекситимії TAS-20, яка стала стандартизованим психодіагностичним інструментом і залишається найбільш широко вживаним засобом оцінювання конструкту у клінічних і нормативних вибірках [31, с. 24].

Шкала TAS-20 складається з двадцяти пунктів, кожен з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Лікерта. Загальний бал формується сумою відповідей, причому вищі показники свідчать про більш виражену алекситимію. Граничне значення у 61 бал і вище прийнято вважати клінічно значущим, хоча деякі дослідники вказують на необхідність кросскультурної адаптації цих порогів. Н. Завязкіна та А. Ведмеденко, аналізуючи алекситимію у контексті соматизації, підкреслюють, що TAS-20 добре відповідає критеріям внутрішньої узгодженості та ретестової надійності й може використовуватися в українських вибірках за умови врахування соціокультурних особливостей вираження емоцій [22, с. 14].

З нейробіологічного погляду алекситимія пов'язується з порушенням функціонування передньої острівної частки кори головного мозку та передньої поясної кори, тобто структур, безпосередньо залучених до інтероцептивної обробки і формування суб'єктивних емоційних станів. Є підстави вважати, що дефіцит інтероцептивного усвідомлення, тобто нездатність точно зчитувати сигнали тіла, є одним з механізмів, що породжує алекситимічний спосіб реагування. Це припущення потребує подальшого підтвердження, оскільки причинно-наслідковий зв'язок між інтероцепцією та алекситимією залишається дискусійним у сучасній літературі. Л.І. Дідковська, розглядаючи психодіагностичні засади психосоматики, вказує, що диференціальне оцінювання внутрішньої картини хвороби у пацієнтів із соматичними скаргами неможливе без урахування ступеня афективної усвідомленості [14, с. 37].

Поширеність алекситимії у загальній популяції, за даними різних досліджень, коливається від 10 до 15 відсотків, а у клінічних вибірках суттєво

підвищується. Зокрема, при психосоматичних захворюваннях відсоток осіб із вираженою алекситимією значно перевищує популяційні норми. І.М. Візнюк, досліджуючи психодіагностичні критерії іпохондричних розладів, звертає увагу на те, що труднощі у розпізнаванні емоційних станів нерідко маскуються тілесними скаргами, що ускладнює клінічну диференціацію між органічними і функціональними порушеннями [7, с. 197]. Це спостереження є надзвичайно доречним у контексті теми цього дослідження, оскільки воно вказує на механізм, через який алекситимія може опосередковувати соматизацію.

Гендерні відмінності у виразності алекситимії фіксуються в літературі, хоча дані не є однозначними. Чоловіки в цілому демонструють дещо вищі показники за шкалою TAS-20, що може бути пов'язане як із біологічними особливостями, так і з соціальними нормами маскулінності, які пригнічують емоційну експресію. Водночас цей зв'язок не є лінійним і суттєво варіює залежно від культурного контексту. Н. Бамбурак та М.С. Гуцман, аналізуючи динаміку суб'єктивного проживання стресу, вказують на те, що індивідуальні відмінності в емоційній регуляції значно впливають на характер стресової реакції та її тривалість [1, с. 145].

Окрему увагу в літературі приділяють питанню стабільності алекситимії у часі. Одні дослідники розглядають її як стабільну особистісну рису, що мало піддається змінам під впливом психотерапії. Інші вказують на можливість стану алекситимії, тобто тимчасового зниження емоційної усвідомленості під впливом травми, хронічного стресу або соматичного захворювання. Н. Завязкіна та А. Ведмеденко у цьому контексті розрізняють первинну алекситимію, яка має нейробіологічне підґрунтя, та вторинну, що формується як реакція на хронічне емоційне перевантаження [22, с. 18]. Це розмежування суттєве для розуміння природи взаємозв'язків між алекситимією, інтероцептивною усвідомленістю та соматизацією в умовах хронічного стресу.

На сьогодні алекситимія активно досліджується у зв'язку з регуляцією емоцій, якістю міжособистісних стосунків, психологічним благополуччям і схильністю до психосоматичних порушень. Л.І. Дідковська підкреслює, що

когнітивні уявлення людини про власне тіло і хворобу значною мірою визначаються здатністю до емоційного розпізнавання, і особи з вираженою алекситимією частіше формують дисфункційні патерни ставлення до соматичних симптомів [15]. Таким чином, алекситимія постає не просто як дефіцит мовного вираження почуттів, а як системний розлад афективного опрацювання, що пронизує весь процес психосоматичної регуляції й визначає характер реагування на стресові навантаження.

## **1.2. Інтероцептивна усвідомленість: нейропсихологічні основи та роль у регуляції емоційних станів**

Інтероцепція як наукове поняття охоплює процеси, за допомогою яких нервова система сприймає, інтерпретує й інтегрує сигнали, що надходять з внутрішнього середовища організму. Ці сигнали включають серцебиття, дихання, температуру тіла, відчуття голоду та насичення, внутрішньовісцеральний тиск і безліч інших процесів, що відбуваються нижче рівня свідомого контролю. Інтероцептивна усвідомленість при цьому відрізняється від інтероцептивної точності: перша стосується суб'єктивного, свідомого виміру тілесного досвіду і доступна для самозвіту, тоді як друга описує об'єктивну точність виявлення тілесних сигналів, яку вимірюють поведінковими методами. Це розмежування є принциповим для розуміння суперечностей у дослідницькій літературі, де вживання різних операціональних визначень нерідко призводить до несумісних висновків [33, с. 2].

В.Є. Мехлінг, С. Прайс, Дж.Дж. Добенміер, М. Акрі, Е. Бартмес та А. Стюарт у 2012 році запропонували багатовимірну концепцію інтероцептивної усвідомленості, реалізовану у вигляді опитувальника MAIA, що містить вісім шкал. Ці шкали охоплюють здатність помічати тілесні відчуття, здатність не відволікатися від них і не занурюватися в них тривожно, здатність регулювати увагу з опорою на тілесний досвід, рівень довіри до власного тіла, а також інтеграцію тілесних і емоційних сигналів. На основі порівняння можна зробити

висновок, що висока інтероцептивна усвідомленість характеризується не простою гіперчутливістю до відчуттів, а адаптивним, уважним і не тривожним способом їх сприйняття [33, с. 5].

Нейронним субстратом інтероцепції вважається передня острівна частка (anterior insula), яка отримує аферентні сигнали від усіх внутрішніх органів через таламокортикальні шляхи і формує суб'єктивне «відчуття» фізіологічного стану тіла. Поряд з нею передня поясна кора бере участь у оцінці значущості тілесних сигналів та їх інтеграції з емоційним і когнітивним досвідом. Ці структури утворюють нейронну мережу, що забезпечує так зване «*predicive interoception*», тобто прогностичне інтероцептивне кодування, за якого мозок постійно генерує очікування щодо поточного стану тіла і коригує їх на основі надхідних сигналів помилки передбачення. Варто зазначити, що точних даних щодо вкладу окремих субрегіонів інсулярної кори у формування усвідомленої інтероцептивної репрезентації на сьогодні недостатньо, і це є предметом активних нейронаукових досліджень. Г. Гаггеро, С. Делланторіо, Л. Пасторе, К.Г.Л. Снг та Г. Еспозіто зафіксували, що зниження інтероцептивних здатностей притаманне особам як із вираженою алекситимією, так і з високим нейротизмом, проте механізми цього зниження у двох груп різні [32, с. 3].

Зв'язок між інтероцептивною усвідомленістю та регуляцією емоцій описується через декілька механізмів. По-перше, точне зчитування тілесних сигналів є умовою своєчасного розпізнавання емоційного стану, що своєю чергою відкриває можливість для усвідомленого вибору стратегії регуляції. По-друге, дослідження з використанням МАІА демонструють, що особи з вищими показниками за шкалами «Довіра до тіла» та «Регуляція уваги» значно ефективніше справляються з тривогою та депресивними симптомами. По-третє, є підстави вважати, що інтероцептивна усвідомленість виступає медіатором між практиками уважності (*mindfulness*) та поліпшенням афективної регуляції. В.Є. Мехлінг, М. Акрі, А. Стюарт, Дж. Сайлас та А. Джонс у оновленій версії інструмента МАІА-2 зафіксували, що вдосконалені шкали демонструють кращу

внутрішню узгодженість і дозволяють точніше диференціювати адаптивні та дезадаптивні форми тілесної усвідомленості [34, с. 4].

Адаптивна і дезадаптивна форми інтероцептивної уваги розрізняються за своєю функцією в емоційній регуляції. Адаптивна форма передбачає рецептивне, відкрите ставлення до тілесних відчуттів, характерне для стану уважності. Дезадаптивна форма натомість виражається у тривожній гіперпильності до соматичних симптомів, яка посилює їх суб'єктивну неприємність і може призводити до надмірного пошуку медичної допомоги. Д.А. Тревісан, В.Є. Мехлінг та Дж.С. МакПартланд переконливо показали, що особи з алекситимією та розладом аутистичного спектра демонструють зниження адаптивних форм інтероцептивної уваги поряд із підвищенням дезадаптивних, що безпосередньо пов'язується з механізмом тривожно індукованої соматизації [35, с. 241].

Питання про напрям причинності між інтероцептивною усвідомленістю та емоційною регуляцією залишається відкритим. З одного боку, погана інтероцепція може ускладнювати розпізнавання емоцій і таким чином перешкоджати регуляції. З іншого, хронічне емоційне перевантаження і тривала дезрегуляція можуть поступово притупляти чутливість до тілесних сигналів, формуючи своєрідний захисний «гасіння» інтероцептивного каналу. Це припущення потребує подальшого підтвердження у лонгітюдних дослідженнях з контрольованими дизайнами. Л.І. Дідковська, аналізуючи психологічні ресурси осіб із хронічними соматичними захворюваннями, підкреслює, що тілесна усвідомленість тісно пов'язана із суб'єктивним відчуттям контролю над власним станом здоров'я та вибором копінгових стратегій [16, с. 73].

У контексті психосоматичної медицини інтероцептивна усвідомленість набуває значення, що виходить за рамки суто нейрофізіологічної проблематики. Вона виступає тим інтерфейсом, через який психологічний стан людини трансформується у тілесний досвід, і навпаки. Порушення цього інтерфейсу, незалежно від того, чи воно виражається у нечутливості до тілесних сигналів, чи у тривожній фіксації на них, відкриває шлях до формування соматизаційних симптомів. Г.П. Мозгова, Т.І. Ханецька та О.І. Якимчук, розглядаючи

психосоматику у тривимірному просторі психічного, тілесного і соціального, наголошують, що тілесний досвід людини не є автономним від її суб'єктивної інтерпретації й визначається культурним, міжособистісним і внутрішнім контекстом одночасно [27, с. 89].

Розвиток досліджень інтероцептивної усвідомленості відзначається переходом від лабораторних парадигм до клінічних застосувань. Тілесно орієнтовані підходи, практики уважності та сомато-сенсорна терапія почали розглядатися як засоби підвищення інтероцептивної компетентності. Є підстави вважати, що вони можуть модифікувати схильність до соматизації через відновлення адаптивного ставлення до тілесних відчуттів, хоча конкретні механізми цього впливу потребують подальшого вивчення. Н. Завязкіна та А. Ведмеденко, розглядаючи алекситимію як чинник соматизації, також вказують на обмежену тілесну усвідомленість як один із процесів, через які афективний дефіцит трансформується у соматичну симптоматику [22, с. 22].

### **1.3. Соматизація в контексті хронічного стресу: механізми формування та психосоматичні прояви**

Соматизація як психологічний і клінічний феномен являє собою тенденцію переживати і виражати психологічний дистрес у вигляді фізичних симптомів, які не мають достатнього органічного пояснення або є непропорційними щодо виявленої патології. Вона не є окремим захворюванням у строгому сенсі, а радше процесом або схильністю, що може проявлятися при різних клінічних розладах або у субклінічному вигляді. Сучасні класифікаційні системи закріплюють цю концепцію під різними рубриками: DSM-5-TR описує соматичний симптоматичний розлад, а МКХ-11 виокремлює розлади з тілесним дистресом як нову категорію, що прийшла на зміну застарілому поняттю соматоформних розладів. Н.М. Бугайова, аналізуючи психосоматичні та соматопсихічні взаємовпливи у генезі захворювань, зазначає, що межа між «органічним» і «функціональним» у сучасній клінічній практиці все менше піддається чіткому окресленню [4, с. 63].

Хронічний стрес посідає особливе місце у формуванні соматизації. На відміну від гострого стресу, який запускає специфічну нейроендокринну

відповідь і завершується після усунення стресора, хронічний стрес характеризується тривалою активацією гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової вісі (НРА-вісь) і симпатико-наднирково-медулярної системи. Пролонгована гіперпродукція кортизолу поступово виснажує адаптивні механізми організму, порушує регуляцію запальних процесів, імунної відповіді і нейромедіаторного балансу. Саме на цьому фізіологічному тлі формуються умови, за яких психологічне напруження набуває тілесного «голосу». Довідник DSM-5-TR фіксує, що соматичний симптоматичний розлад діагностується за наявності одного або більше соматичних симптомів, що супроводжуються надмірними думками, почуттями або поведінкою щодо здоров'я, і тривають не менше шести місяців [17, с. 218].

Механізм соматизації при хронічному стресі можна описати у декількох взаємопов'язаних площинах. На психофізіологічному рівні тривале збудження вегетативної нервової системи призводить до підвищеної чутливості до тілесних відчуттів, що в поєднанні з тривожною гіперпильністю формує умови для катастрофізації симптомів. На психологічному рівні нездатність ефективно переробити емоційний досвід, зумовлена алекситимічними рисами або дефіцитом інтероцептивної усвідомленості, спрямовує афективне напруження у соматичний канал. На соціальному рівні культурні норми, що заохочують фізичні, але не емоційні форми вираження дистресу, підкріплюють соматизацію як адаптивну стратегію. Л.Г. Перетятко та М.М. Тесленко підкреслюють, що соматизація є не тільки індивідуальним симптомом, а й відображенням ширших соціокультурних механізмів регуляції дистресу [29, с. 140].

Психосоматичні прояви хронічного стресу охоплюють широкий спектр симптомів, включаючи болі у спині та голові, порушення сну, функціональні розлади шлунково-кишкового тракту, кардіальні симптоми без органічної патології, хронічну втому і фіброміалгію. В.П. Жукотанська, аналізуючи специфіку психосоматичних розладів, наголошує, що ці прояви мають функціональний характер: вони не супроводжуються структурними ушкодженнями органів, проте суттєво знижують якість життя і часто мотивують

активний пошук медичної допомоги [19, с. 119]. Це створює значне навантаження на систему охорони здоров'я і підвищує витрати, пов'язані з численними діагностичними обстеженнями.

В умовах тривалих суспільних потрясінь, зокрема воєнних конфліктів, соматизація набуває масового характеру. І.Г. Дементьєва, досліджуючи психосоматичні розлади у вимушено переміщених осіб, зафіксувала, що хронічний стрес воєнного часу суттєво підвищує ймовірність соматоформних проявів, причому особи з більш вираженими рисами алекситимії і слабшими ресурсами психологічного совладання є вразливішими до формування стійких соматичних скарг [13]. Цей висновок безпосередньо пов'язаний з темою цього дослідження і підкреслює актуальність вивчення взаємодії між алекситимією, інтероцептивною усвідомленістю та соматизацією у сучасному українському контексті.

МКХ-11 запровадила категорію «розлад з тілесним дистресом», замінивши нею соматоформні розлади і тим самим відмовившись від ідеї «медично незрозумілих симптомів» на користь позитивних психологічних критеріїв. Ця зміна відображає сучасне розуміння соматизації як процесу, що визначається не відсутністю органічної причини, а специфічним психологічним патерном ставлення до тілесного симптому. В.Д. Мішиєв, Б.В. Михайлов та Є.Г. Гриневич, представляючи статистичну класифікацію МКХ-11, наголошують, що новий підхід сприяє зменшенню стигматизації пацієнтів і дозволяє інтегрувати психологічне втручання вже на ранніх етапах медичного ведення [26, с. 145].

Алекситимія, розглянута у попередньому підрозділі, утворює з соматизацією стійкий причинно-наслідковий зв'язок, хоча напрям і механізм цього зв'язку досі дискутується. Одна з провідних гіпотез пояснює його через «соматосенсорну ампліфікацію»: особи з алекситимічними рисами, не здатні ідентифікувати та позначити емоційний стан словом, переживають його як фізичне відчуття, яке посилюється і привертає медичну увагу. Інша гіпотеза вказує на те, що алекситимія порушує пригнічення стресової відповіді, тобто особи з дефіцитом афективної усвідомленості не здатні своєчасно знижувати

рівень фізіологічного збудження після дії стресора. О.В. Друзь, К.В. Аймедов, В.Є. Луньов та І.О. Черненко вказують, що у клінічній практиці медичного психолога оцінювання алекситимічних рис є обов'язковою складовою комплексної психосоматичної діагностики [18, с. 67].

Т.В. Клібайс та О.П. Дець, вивчаючи психологічні особливості настановлень осіб із психосоматичними захворюваннями, виявили, що такі особи частіше демонструють дисфункційні переконання щодо власного тіла, підвищену тривожність щодо здоров'я і нижчий рівень довіри до власних тілесних відчуттів порівняно зі здоровими особами [24, с. 65]. Ці дані добре узгоджуються з концепцією МАІА, за якою низький рівень довіри до тіла є одним із проявів дезадаптивної інтероцептивної усвідомленості. На основі порівняння цих двох напрямів можна зробити висновок, що соматизація є точкою перетину принаймні трьох конструктів: алекситимії, порушеної інтероцептивної усвідомленості та хронічного стресу.

В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А. Абрамов та інші автори підручника з психіатрії і наркології підкреслюють, що функціональні соматичні синдроми мають тенденцію до хронізації і набувають самодостатнього характеру, тобто з часом починають підтримуватися власними механізмами незалежно від початкового стресора [9, с. 203]. Цей феномен пояснює, чому лікування соматизації вимагає не лише усунення стресора або фармакологічного впливу, а й психологічного втручання, спрямованого на зміну патернів тілесної усвідомленості та афективної регуляції. Такий підхід підкреслює доцільність вивчення взаємозв'язку між алекситимією, інтероцептивною усвідомленістю та соматизацією у комплексному дизайні, що і є завданням цього дослідження.

### **Висновки до розділу 1**

У першому розділі систематизовано теоретичні підходи до вивчення трьох взаємопов'язаних конструктів: алекситимії, інтероцептивної усвідомленості та соматизації. Алекситимія постає як транссиндромальна риса з тривимірною структурою, операціоналізована через TAS-20 Р.М. Бегбі, Дж.Д. Паркера та

Г.Дж. Тейлора, і пов'язана з дефіцитом афективного розпізнавання та переорієнтацією дистресу у соматичний канал. Інтероцептивна усвідомленість описує свідомий, багатовимірний досвід тілесних сигналів, розглянутий через інструментарій MAIA В.Є. Мехлінга та співавторів, і виступає медіатором між фізіологічним збудженням та емоційною регуляцією. Соматизація в умовах хронічного стресу формується через збіг фізіологічних, психологічних і соціокультурних механізмів і кваліфікується сучасними класифікаціями як розлад, що визначається характером ставлення до тілесного симптому, а не лише його органічним походженням. Три конструкти перебувають у системному взаємозв'язку, теоретичне обґрунтування якого створює підстави для емпіричного дослідження.

## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ АЛЕКСИТИМІЇ, ІНТЕРОЦЕПТИВНОЇ УСВІДОМЛЕНOSTІ ТА СОМАТИЗАЦІЇ**

### **2.1. Організація та процедура дослідження: характеристика вибірки та етапи проведення**

Емпіричне дослідження будувалося на основі порівняно невеликої, але доцільно сформованої вибірки, що дозволяло забезпечити однорідність умов збору даних та глибший контроль за процедурою тестування. Загальна вибірка складала 30 осіб, що відповідає мінімальним вимогам для застосування непараметричних статистичних методів і водночас дає змогу провести змістовний описовий та кореляційний аналіз. Усі учасники на момент проведення дослідження перебували в умовах хронічного психоемоційного навантаження, що визначало їхню приналежність до цільової групи дослідження.

За статевою ознакою вибірка розподілилася таким чином: 18 жінок (60,0%) та 12 чоловіків (40,0%). Вік учасників коливався від 21 до 47 років, медіана вікового розподілу становила 31 рік (міжквартильний розмах: 26–38 років). Такий діапазон відображає осіб, які вже сформували стійкі афективно-регуляційні патерни та мають певний досвід тривалих стресових навантажень, пов'язаних із трудовою, соціальною або особистісною сферами. Варто зазначити, що однорідність вибірки за ознакою наявності хронічного стресу встановлювалася на підставі попереднього анкетування, у якому учасники повідомляли про тривалість та характер суб'єктивно пережитого психоемоційного навантаження протягом щонайменше трьох місяців до початку дослідження. Особи, що повідомляли про гострі кризові стани або поточне проходження психотерапевтичного лікування, до вибірки не включалися, оскільки це могло б спотворити показники за шкалами алекситимії та інтероцептивної усвідомленості.

За рівнем освіти більшість учасників мала вищу або незакінчену вищу освіту: 22 особи (73,3%) вказали на наявність диплому або перебування у процесі здобуття вищої освіти, тоді як 8 осіб (26,7%) мали середню спеціальну освіту. Соціальний статус учасників також був неоднорідним: серед них були

працевлаштовані особи, студенти та ті, хто поєднував навчання з роботою. Ця різноманітність є одночасно обмеженням і перевагою дослідження: вона ускладнює контроль за зовнішніми змінними, однак підвищує екологічну валідність отриманих результатів, оскільки відображає реальну варіативність хронічного стресу у буденному житті.

Дослідження реалізовувалося у чотири послідовні етапи. Підготовчий етап передбачав формування батареї психодіагностичних методик, розробку форми інформованої згоди, а також первинний відбір учасників на основі критеріїв включення та виключення. На цьому ж етапі була вирішена організаційна задача стандартизації умов тестування: усі учасники отримували однаковий пакет інструкцій і проходили обстеження в аналогічних умовах. Емпіричний етап передбачав безпосереднє проведення тестування. Учасники заповнювали бланки методик у письмовій або електронній формі самостійно, без присутності дослідника в момент відповідей, однак з можливістю звернутися по роз'яснення у разі незрозумілих формулювань. Такий підхід зменшував ефект соціальної бажаності та забезпечував більшу відвертість відповідей, що є необхідною умовою при роботі з методиками, що стосуються емоційної сфери та тілесних відчуттів. Аналітичний етап включав первинне опрацювання та кодування отриманих даних, підрахунок балів за кожною методикою відповідно до авторських ключів та побудову індивідуальних профілів учасників. Завершальний, інтерпретаційний етап передбачав статистичну обробку даних із застосуванням описової статистики та непараметричних методів кореляційного аналізу, а також змістовну інтерпретацію отриманих результатів.

Математичне опрацювання результатів здійснювалося за допомогою непараметричних статистичних процедур, обґрунтованих особливостями вибірки. Оскільки розподіл даних за більшістю використаних шкал не відповідав нормальному, як центральну міру тенденції застосовувалася медіана ( $Me$ ), а для опису варіативності міжквартильний розмах ( $IQR = Q3 - Q1$ ). Для аналізу взаємозв'язку між конструктами, що досліджувалися, використовувався коефіцієнт рангової кореляції Спірмена ( $r_s$ ), який дозволяє встановити силу та

напрям монотонного зв'язку між двома ординальними або неперервними змінними без передумови нормальності розподілу. Рівень статистичної значущості встановлювався на рівні  $p < 0,05$  для помірних ефектів та  $p < 0,01$  для сильніших асоціацій.

Дотримання етичних норм дослідження було забезпечено через кілька процедур. Усі учасники надавали письмову або електронну інформовану згоду, у якій зазначалися мета дослідження, принцип добровільності участі та право на відмову на будь-якому етапі без будь-яких наслідків. Отримані дані оброблялися у знеособленому вигляді, кожен учасник отримував числовий ідентифікатор. Результати індивідуального тестування не розголошувалися третім особам. Учасникам, які того бажали, надавалися результати їхнього власного тестування у форматі зворотного зв'язку після завершення дослідження.

Методологічним обґрунтуванням вибору непараметричного підходу слугує передусім розмір вибірки. При  $n = 30$  критерії нормальності розподілу (зокрема критерій Шапіро-Уїлка) мають невелику статистичну потужність, і відповідне тестування не є достатньо інформативним. Водночас шкали TAS-20, MAIA-2, GBB та PSS-10 є порядковими, що технічно унеможливило застосування параметричних методів без попередньої перевірки виконання їх передумов. Варто зазначити, що непараметрична кореляція Спірмена добре зарекомендувала себе у дослідженнях психосоматичної проблематики і широко застосовується у роботах, присвячених вивченню алекситимії та інтероцептивної усвідомленості, що забезпечує порівнянність отриманих результатів із даними інших наукових публікацій.

Вибірка є зручною, а не репрезентативною у суворому сенсі, що є обмеженням цього дослідження і потребує обережності при узагальненні результатів на ширшу популяцію осіб із хронічним стресом. Водночас однорідність умов збору даних, стандартизований набір методик і відповідність учасників критеріям включення забезпечують внутрішню валідність дослідження та дають підстави для змістовних висновків у межах досліджуваної групи.

## 2.2. Аналіз рівнів алекситимії, інтероцептивної усвідомленості та соматизації у досліджуваних

Перш ніж перейти до безпосереднього розгляду отриманих показників, варто зазначити, що описова статистика у дослідженнях із подібним дизайном виконує подвійну функцію. З одного боку, вона дає змогу оцінити загальний профіль вибірки та зрозуміти, чи відповідають отримані дані теоретичним очікуванням щодо групи осіб із хронічним стресом. З іншого боку, вона є необхідною передумовою для коректної інтерпретації кореляційних результатів, оскільки розподіл показників у вибірці суттєво визначає характер і силу можливих зв'язків. Саме тому аналіз розпочинається з послідовного розгляду рівнів алекситимії, сприйнятого стресу, соматичних скарг та інтероцептивної усвідомленості.

### Аналіз рівня алекситимії за TAS-20

Розподіл досліджуваних за загальним рівнем алекситимії виявився доволі неоднорідним, що само по собі є інформативним результатом. Відсутність алекситимії зафіксована у 9 осіб (30,0%), помірний рівень у 13 осіб (43,3%), виражена алекситимія у 8 осіб (26,7%).

**Таблиця 2.1** Розподіл досліджуваних за рівнем алекситимії (TAS-20)

| Рівень алекситимії | Діапазон балів | n  | %     |
|--------------------|----------------|----|-------|
| Відсутня           | $\leq 51$      | 9  | 30,0  |
| Помірна            | 52–60          | 13 | 43,3  |
| Виражена           | $\geq 61$      | 8  | 26,7  |
| Разом              |                | 30 | 100,0 |

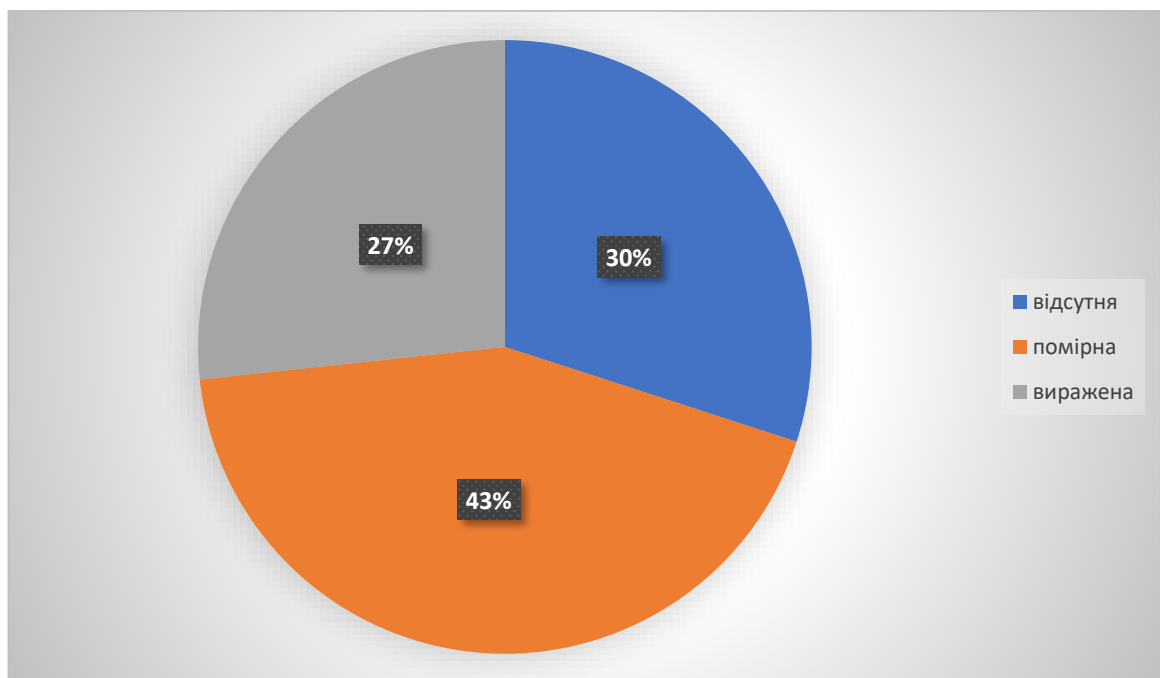
Медіана загального балу за TAS-20 становила  $Me = 57$  балів ( $IQR = 49–64$ ). Отже, більш ніж половина вибірки (70,0%) демонструвала щонайменше помірний рівень алекситимії. Цей результат узгоджується з теоретичними передумовами: хронічний стрес є одним із чинників, що знижує афективну усвідомленість, формуючи так звану вторинну, або набуту алекситимію. Разом із тим 30,0% осіб із відсутньою алекситимією свідчать про те, що хронічне стресове навантаження не обов'язково призводить до дефіциту емоційного

розпізнавання ймовірно, тут позначаються індивідуальні ресурси регуляції, особистісні риси та попередній досвід совладання.

**Таблиця 2.2** *Описова статистика субшкал TAS-20*

| Субшкала                                     | Me | IQR   |
|----------------------------------------------|----|-------|
| DIF труднощі ідентифікації почуттів          | 22 | 17–27 |
| DDF труднощі опису почуттів                  | 17 | 13–21 |
| EOT екстернально орієнтований стиль мислення | 19 | 16–23 |
| Загальний бал TAS-20                         | 57 | 49–64 |

Серед субшкал найвищі медіанні значення зафіксовано за DIF, що охоплює труднощі з ідентифікацією та диференціацією власних почуттів від тілесних відчуттів. Саме цей вимір теоретично найбезпосередніше пов'язаний з механізмами соматизації та порушеною інтероцептивною усвідомленістю, що робить його особливо інформативним у контексті завдань цього дослідження. Субшкала EOT демонструє помірні значення, свідчаючи про певну тенденцію до конкретно-зовнішнього стилю мислення, однак без домінування цього патерну у групі загалом.



**Рисунок 2.1.** Розподіл досліджуваних за рівнем алекситимії (TAS-20), n = 30..

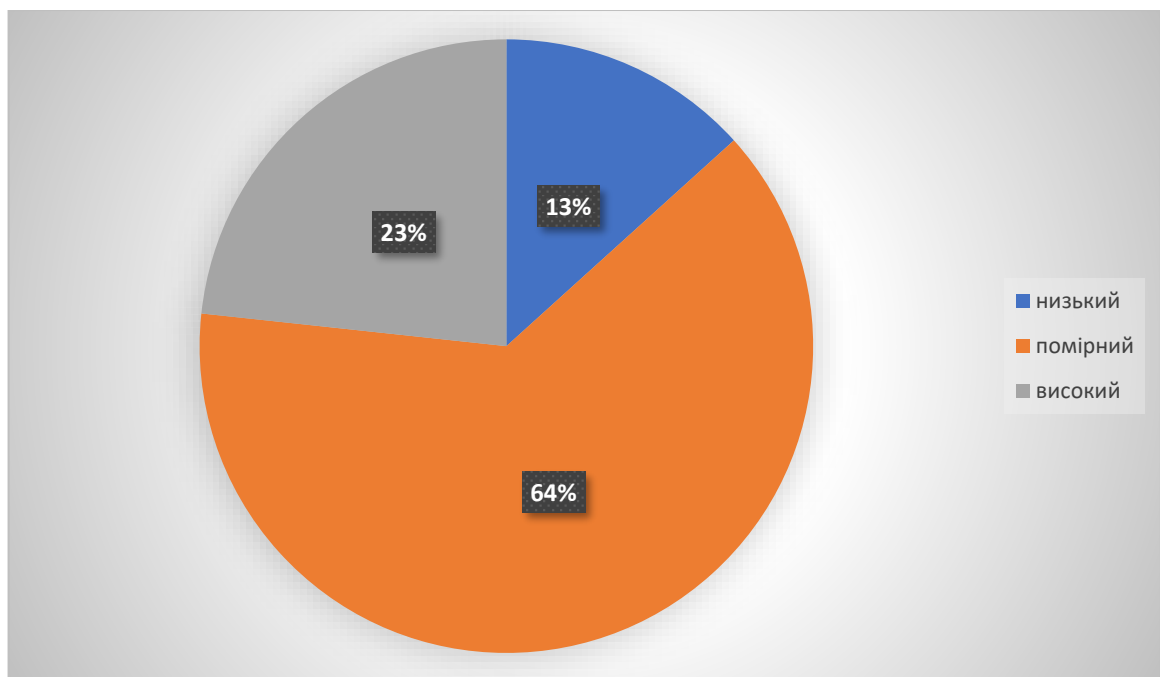
### Аналіз рівня хронічного стресу за PSS-10

Показники сприйнятого стресу у вибірці розподілилися таким чином: низький рівень зафіксовано у 4 осіб (13,3%), помірний у 19 осіб (63,4%), високий у 7 осіб (23,3%). Медіана загального балу становила  $Me = 21$  ( $IQR = 16-27$ ).

**Таблиця 2.3** Розподіл досліджуваних за рівнем сприйнятого стресу (PSS-10)

| Рівень стресу | Діапазон балів | n  | %     |
|---------------|----------------|----|-------|
| Низький       | 0–13           | 4  | 13,3  |
| Помірний      | 14–26          | 19 | 63,4  |
| Високий       | 27–40          | 7  | 23,3  |
| Разом         |                | 30 | 100,0 |

Переважає більшість учасників перебувала на помірному рівні стресового навантаження, що відповідає очікуваному профілю групи з хронічним, проте не гострим стресом. Підгрупа з 7 осіб із високим рівнем стресу представляє особливий інтерес для кореляційного аналізу: саме у цій частині вибірки можна очікувати найбільш виражені зв'язки між стресом, соматичними скаргами та показниками інтероцептивної усвідомленості. Варто зазначити, що доволі широкий міжквартильний розмах ( $IQR = 16-27$ ) відображає реальну варіативність стресового досвіду всередині групи, що підвищує шанси виявлення значущих кореляцій.



**Рисунок 2.2.** Розподіл досліджуваних за рівнем сприйнятого стресу (PSS-10),  $n = 30$ .

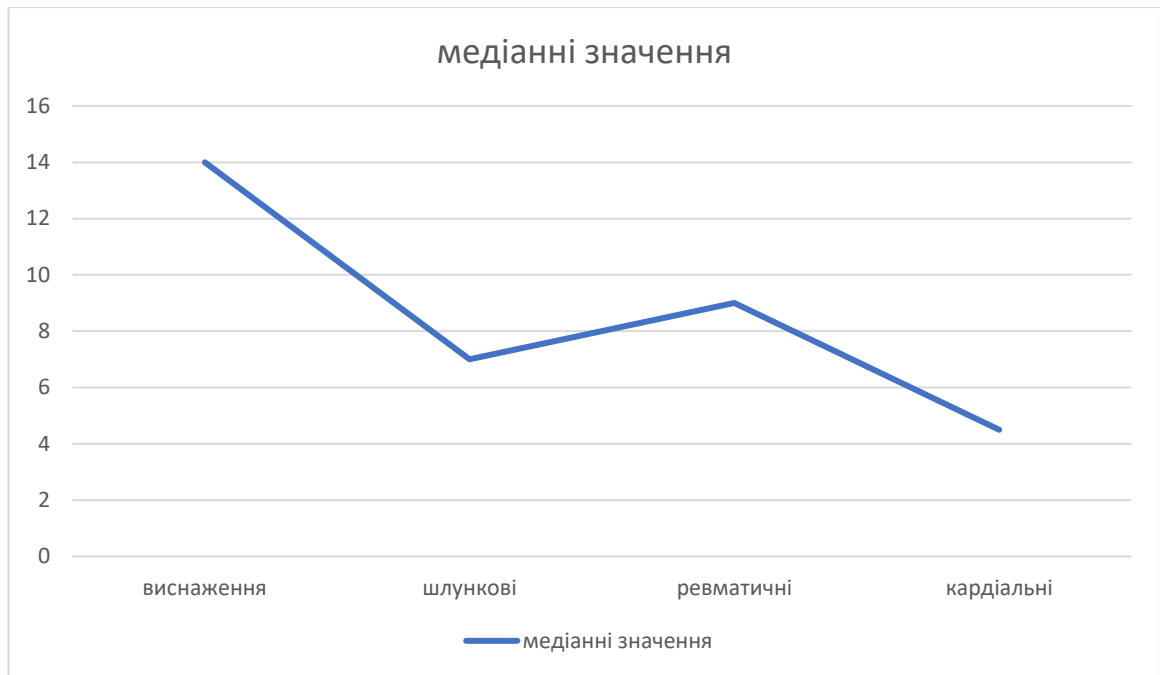
### Аналіз соматичних скарг за GBV

Дані Гіссенського опитувальника відображають структуру тілесного дистресу у досліджуваних у розрізі чотирьох субшкал. Загальна інтенсивність соматичних скарг при  $Me = 36$  балів ( $IQR = 24-47$ ) при максимально можливих 104 вказує на помірний, проте помітний рівень суб'єктивно пережитого тілесного неблагополуччя.

**Таблиця 2.4** *Описова статистика субшкал Гіссенського опитувальника соматичних скарг (GBV)*

| Субшкала               | Me | IQR   | Максимальна сума |
|------------------------|----|-------|------------------|
| Виснаження             | 14 | 9–18  | 36               |
| Шлункові скарги        | 7  | 4–11  | 24               |
| Ревматичні скарги      | 9  | 6–13  | 24               |
| Кардіальні скарги      | 6  | 3–10  | 20               |
| Загальна інтенсивність | 36 | 24–47 | 104              |

Субшкала виснаження виявилася домінуючою у структурі соматичних скарг, що цілком закономірно для осіб із хронічним стресовим навантаженням. Стійка втома, відчуття спустошеності та зниження фізичних ресурсів є одними з найбільш послідовних тілесних маркерів тривалого психологічного дистресу. Ревматичні скарги посідають друге місце за медіанними значеннями, що може відображати м'язове напруження як соматичний еквівалент стресової реакції. Кардіальні скарги при відносно нижчій медіані мають широкий IQR, що свідчить про значну індивідуальну варіативність у цьому вимірі: для частини учасників кардіальна симптоматика є суттєвою, тоді як для інших вона майже відсутня.



**Рисунок 2.3.** Медіанні значення субшкал GBV у досліджуваних (n = 30).

### Аналіз інтероцептивної усвідомленості за MAIA-2

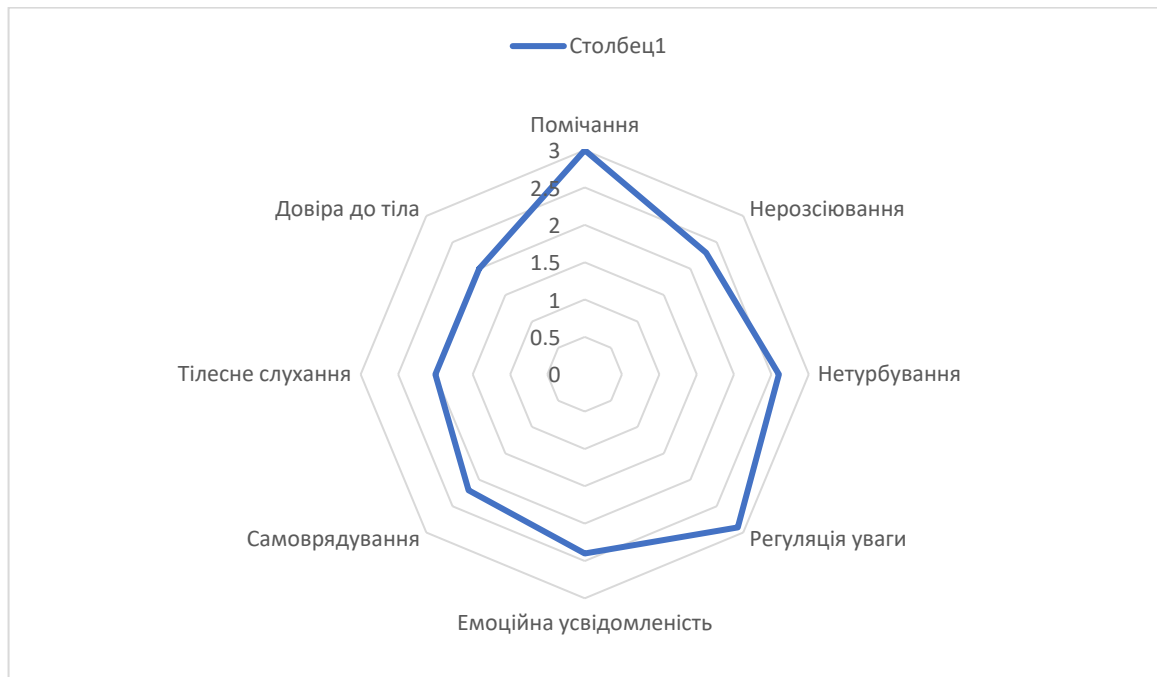
Профіль інтероцептивної усвідомленості досліджуваних виявляє загальну тенденцію до знижених показників порівняно з нормативними даними для умовно здорових вибірок, де медіанні значення більшості субшкал наближаються до 3,0–3,5 балів.

**Таблиця 2.5** Описова статистика субшкал MAIA-2

| Субшкала                | Me  | IQR     |
|-------------------------|-----|---------|
| Помічання               | 2,8 | 2,1–3,4 |
| Нерозсіювання           | 2,3 | 1,7–2,9 |
| Нетурбування            | 2,1 | 1,5–2,8 |
| Регуляція уваги         | 2,6 | 2,0–3,2 |
| Емоційна усвідомленість | 2,9 | 2,3–3,5 |
| Самоврядування          | 2,4 | 1,8–3,0 |
| Тілесне слухання        | 2,2 | 1,6–2,9 |
| Довіра до тіла          | 2,0 | 1,4–2,6 |

Найнижчі медіанні значення зафіксовано за субшкалами «Довіра до тіла» (Me = 2,0) та «Нетурбування» (Me = 2,1). Перша субшкала відображає суб'єктивну впевненість у власних тілесних відчуттях як надійному джерелі інформації. Друга вимірює здатність не занурюватися у відчуття тривожно, не катастрофізувати їх. Саме ці два виміри теоретично найбезпосередніше пов'язані з механізмами соматизації та алекситимії. Відносно вищі показники за

субшкалами «Емоційна усвідомленість» ( $M_e = 2,9$ ) та «Помічання» ( $M_e = 2,8$ ) свідчать про збережену базову здатність помічати тілесні відчуття та їх зв'язок з емоційними станами, хоча адаптивне реагування на ці відчуття залишається зниженим. На основі порівняння отриманих даних можна зробити висновок, що дефіцит інтероцептивної усвідомленості у вибірці стосується переважно регуляторного та довірчого вимірів, а не базового сприйняття.



**Рисунок 2.4.** Профіль інтероцептивної усвідомленості за субшкалами МАІА-2 ( $n = 30$ , медіанні значення).

### 2.3. Опис використаних методик та аналіз результатів взаємозв'язку досліджуваних конструктів

#### Опис методик дослідження

Торонтська шкала алекситимії (Toronto Alexithymia Scale, TAS-20), розроблена R. M. Bagby, J. D. A. Parker та G. J. Taylor у 1994 році, є найбільш широко застосовуваним психодіагностичним інструментом для вимірювання алекситимії як відносно стабільної особистісної диспозиції. Шкала складається з 20 тверджень, що оцінюються за п'ятибальною шкалою Лікерта від 1 («зовсім не згоден») до 5 («повністю згоден»). Загальний бал обчислюється

підсумовуванням відповідей з урахуванням реверсивних пунктів відповідно до авторського ключа. Мінімально можливий бал становить 20, максимальний 100. Значення до 51 балу свідчать про відсутність алекситимії, 52–60 балів про помірний рівень, 61 бал і вище про клінічно значущу виражену алекситимію. Структура TAS-20 охоплює три субшкали: DIF (труднощі з ідентифікацією та розрізненням почуттів і тілесних відчуттів), DDF (труднощі з описом власних почуттів у спілкуванні з іншими) та EOT (екстернально орієнтований, конкретно-операційний стиль мислення). Психометричні властивості шкали підтверджені в численних крос-культурних дослідженнях. Україномовна адаптація описана у роботі Н. Завязкіної та А. Ведмеденко, де засвідчена достатня внутрішня узгодженість та ретестова надійність для застосування у вітчизняних вибірках.

Багатовимірна оцінка інтероцептивної усвідомленості, версія 2 (Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness, MAIA-2), розроблена W. E. Mehling, M. Acree, A. Stewart, J. Silas та A. Jones у 2018 році, є вдосконаленою версією оригінальної шкали MAIA, що демонструє кращі психометричні характеристики завдяки уточненому формулюванню пунктів та оновленій факторній структурі. Методика містить 37 тверджень, що оцінюються за шестибальною шкалою від 0 («ніколи») до 5 («завжди»). Вісім субшкал описують різні виміри тілесного усвідомлення: Помічання, Нерозсіювання, Нетурбування, Регуляція уваги, Емоційна усвідомленість, Самоврядування, Тілесне слухання та Довіра до тіла. Бал за кожною субшкалою є середнім арифметичним відповідних пунктів. Вищий бал за більшістю субшкал відповідає більш адаптивній інтероцептивній усвідомленості, хоча субшкала «Нетурбування» за своєю структурою відображає саме відсутність тривожного занурення у тілесні відчуття. Україномовна версія методики доступна на офіційному ресурсі MAIA і пройшла процедуру авторизованого перекладу з підтвердженням від авторів оригіналу.

Гіссенський опитувальник соматичних скарг (Giessen Beschwerden Bogen, GBB), розроблений E. Brähler та J. Scheer, є стандартизованим інструментом для

суб'єктивної оцінки тілесного дистресу, що широко застосовується у психосоматичних та клінічних дослідженнях. Опитувальник містить 57 пунктів, оцінюваних за п'ятибальною шкалою від 0 («зовсім не турбує») до 4 («дуже сильно турбує»). Чотири субшкали охоплюють виснаження, шлункові, ревматичні та кардіальні скарги. Загальний показник інтенсивності соматичних скарг є сумою субшкальних значень, вищий бал відповідає вищому суб'єктивному тілесному дистресу. Методика особливо придатна для вивчення функціональних соматичних симптомів, що не мають достатнього органічного пояснення, і тому оптимально відповідає завданням цього дослідження. У вітчизняній практиці опитувальник застосовується у дослідженнях соматизації, психосоматичних розладів та реагування на стрес.

Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS-10), розроблена S. Cohen, T. Kamarck та R. Mermelstein у 1983 році, є найбільш поширеним і психометрично обгрунтованим інструментом для вимірювання суб'єктивної оцінки рівня хронічного стресу. Скорочена десятипунктна версія оцінює суб'єктивне відчуття непередбачуваності, неконтрольованості та перевантаженості протягом останнього місяця. Пункти оцінюються за п'ятибальною шкалою від 0 («ніколи») до 4 («дуже часто»), при цьому чотири пункти є реверсивними. Загальний бал коливається від 0 до 40: 0–13 балів відповідають низькому рівню, 14–26 балів відповідають помірному, 27–40 високому сприйнятому стресу. Методика спрямована на вимірювання саме когнітивно-афективного компонента переживання стресу тобто того, наскільки особа суб'єктивно сприймає власне життя як стресовий, непередбачуваний і такий, що виходить з-під контролю. Саме цей вимір є теоретично найбільш релевантним для дослідження соматизації та алекситимії. Україномовна адаптація здійснена Ю. Б. Мельником та А. В. Стаднік.

### **Аналіз кореляційних взаємозв'язків**

Кореляційний аналіз між усіма чотирма конструктами проводився за допомогою коефіцієнта рангової кореляції Спірмена з рівнем значущості  $p < 0,05$  та  $p < 0,01$ . Зведені результати відображені у матриці нижче.

**Таблиця 2.6** Кореляційна матриця між досліджуваними конструктами (*rs* Спірмена,  $n = 30$ )

|                        | <b>TAS-20</b> | <b>PSS-10</b> | <b>GBB заг.</b> | <b>MAIA-2 заг.</b> |
|------------------------|---------------|---------------|-----------------|--------------------|
| <b>TAS-20</b>          |               | 0,54**        | 0,61**          | -0,58**            |
| <b>PSS-10</b>          | 0,54**        |               | 0,49**          | -0,43*             |
| <b>GBB загальна</b>    | 0,61**        | 0,49**        |                 | -0,52**            |
| <b>MAIA-2 загальна</b> | -0,58**       | -0,43*        | -0,52**         |                    |

Примітка. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Перше, що привертає увагу при читанні матриці, це те, що всі шість кореляцій є статистично значущими, причому п'ять із шести досягають рівня  $p < 0,01$ . Це свідчить про системний, а не випадковий характер взаємозв'язків між конструктами. Найбільш сильним виявився зв'язок між алекситимією та соматизацією ( $r_s = 0,61$ ,  $p < 0,01$ ): особи з вищими показниками за TAS-20 демонструють більш виражений тілесний дистрес за GBB. Цей результат підтверджує теоретичне положення про те, що алекситимічна нездатність ідентифікувати та переробити емоційний досвід спрямовує афективне напруження у соматичний канал. Від'ємний зв'язок між MAIA-2 та TAS-20 ( $r_s = -0,58$ ,  $p < 0,01$ ) відображає тенденцію: знижена інтероцептивна усвідомленість асоціюється з вищим рівнем алекситимії, що підтверджує їх концептуальну спільність на рівні дефіциту тілесно-емоційного розпізнавання. Зв'язок між PSS-10 та GBB ( $r_s = 0,49$ ,  $p < 0,01$ ) є помірним, але стійким і підтверджує базове положення про те, що хронічний стрес підвищує інтенсивність соматичного дистресу. Варто зазначити, що зв'язок алекситимії з соматизацією є сильнішим, ніж зв'язок стресу з соматизацією, що вказує на особистісну характеристику як потужніший предиктор соматизації, ніж ситуаційне навантаження. Це припущення потребує підтвердження у лонгітюдних дослідженнях.

**Таблиця 2.7** Кореляції субшкал TAS-20 з загальним показником GBB (*rs* Спірмена,  $n = 30$ )

| Субшкала TAS-20                              | <i>rs</i> | <i>p</i> |
|----------------------------------------------|-----------|----------|
| DIF труднощі ідентифікації почуттів          | 0,64      | $< 0,01$ |
| DDF труднощі опису почуттів                  | 0,52      | $< 0,01$ |
| EOT екстернально орієнтований стиль мислення | 0,38      | $< 0,05$ |

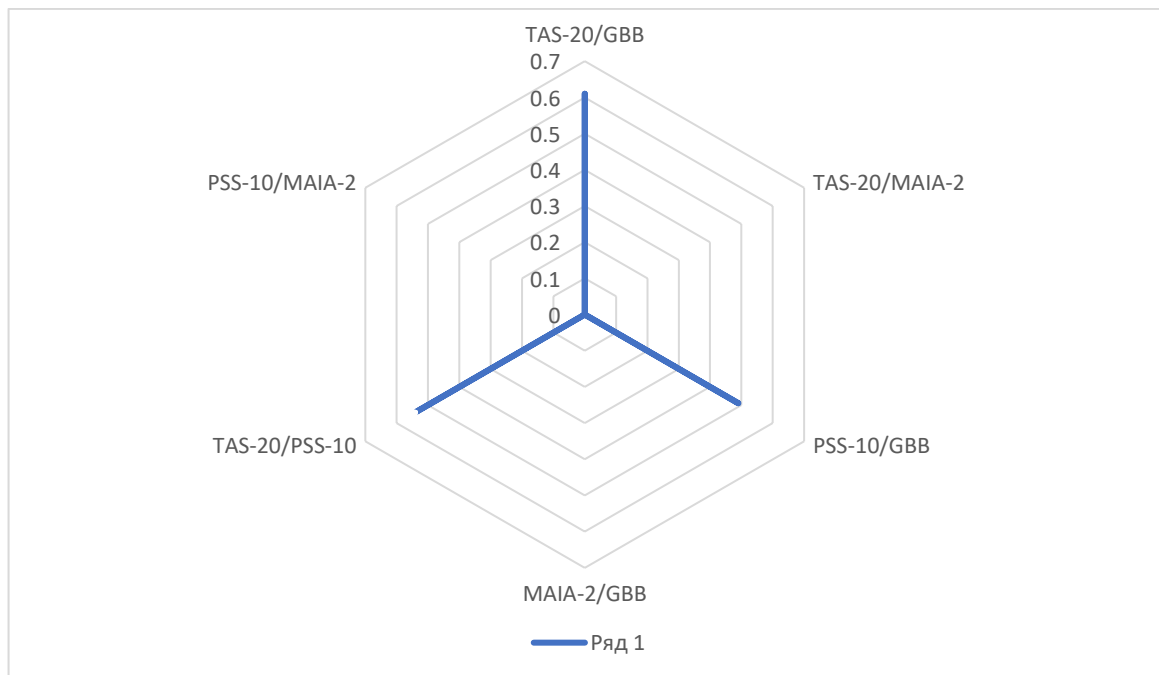
Субшкальний аналіз TAS-20 уточнює, через який саме вимір алекситимії соматизація реалізується найбільш послідовно. Субшкала DIF демонструє найсильніший зв'язок із GBB ( $r_s = 0,64$ ,  $p < 0,01$ ), що підтверджує: нездатність розрізнити, що переживається як емоція, а що як тілесне відчуття, є тим дефіцитом, який найбезпосередніше відкриває шлях до формування соматичних скарг. Субшкала DDF також пов'язана з соматизацією ( $r_s = 0,52$ ,  $p < 0,01$ ), проте слабше, що може свідчити про те, що труднощі опису почуттів є скоріше наслідком нерозпізнавання, ніж самостійним механізмом соматизації. Субшкала EOT має найнижчий кореляційний показник ( $r_s = 0,38$ ,  $p < 0,05$ ), і цей зв'язок хоча є значущим, проте помірним: конкретно-зовнішній стиль мислення, очевидно, сприяє соматизації, але не є її первинним рушієм.

**Таблиця 2.8** Кореляції субшкал MAIA-2 з загальним показником GBB (*rs* Спірмена,  $n = 30$ )

| Субшкала MAIA-2         | $r_s$ | $p$      |
|-------------------------|-------|----------|
| Помічання               | -0,29 | $> 0,05$ |
| Нерозсіювання           | -0,47 | $< 0,01$ |
| Нетурбування            | -0,51 | $< 0,01$ |
| Регуляція уваги         | -0,44 | $< 0,05$ |
| Емоційна усвідомленість | -0,38 | $< 0,05$ |
| Самоврядування          | -0,46 | $< 0,01$ |
| Тілесне слухання        | -0,40 | $< 0,05$ |
| Довіра до тіла          | -0,55 | $< 0,01$ |

Серед субшкал MAIA-2 найсильніший від'ємний зв'язок із соматизацією виявлено за субшкалою «Довіра до тіла» ( $r_s = -0,55$ ,  $p < 0,01$ ). Особи, які не сприймають тілесні сигнали як надійне джерело інформації, схильні до тривожної переінтерпретації нейтральних симптомів, що підживлює і посилює загальний рівень соматичного дистресу. Субшкала «Нетурбування» ( $r_s = -0,51$ ,  $p < 0,01$ ) підтверджує, що тривожна фіксація на тілесних відчуттях є самостійним механізмом підтримки соматизаційного патерну. Натомість субшкала «Помічання» не досягла рівня статистичної значущості ( $r_s = -0,29$ ,  $p > 0,05$ ), що є концептуально показовим спостереженням: просте усвідомлення тілесних відчуттів саме по собі не є дезадаптивним і не пов'язане з вищим рівнем

соматичних скарг. Визначальним є не факт помічання, а характер реагування на те, що помічається.



**Рисунок 2.5.** Значущі кореляції між досліджуваними конструктами (rs Спірмена,  $n = 30$ ).

На основі порівняння всієї сукупності отриманих кореляційних даних можна зробити висновок, що три досліджувані конструкти алекситимія, знижена інтероцептивна усвідомленість і соматизація утворюють взаємопов'язану систему, всередині якої кожен елемент посилює і відтворює решту. Хронічний стрес виступає у цій системі контекстуальним чинником, що підвищує загальну вразливість до соматизації, однак не є її центральним механізмом. Центральне місце у виявленій структурі взаємозв'язків посідає алекситимія, зокрема її вимір труднощів ідентифікації почуттів, та знижена довіра до тілесних сигналів як прояв дезадаптивної інтероцептивної усвідомленості.

## Висновки до розділу 2

У другому розділі проведено емпіричне дослідження взаємозв'язку алекситимії, інтероцептивної усвідомленості та соматизації в умовах хронічного стресу на вибірці з 30 осіб. Описова статистика засвідчила, що 70,0% досліджуваних виявляли щонайменше помірний рівень алекситимії (Me TAS-20

= 57), 86,7% перебували на помірному або високому рівні сприйнятого стресу ( $M_e$  PSS-10 = 21), а виснаження виявилось провідним компонентом соматичних скарг ( $M_e$  = 14). Профіль MAIA-2 відобразив знижені показники насамперед за субшкалами «Довіра до тіла» та «Нетурбування». Кореляційний аналіз підтвердив статистично значущі зв'язки між усіма конструктами: алекситимія найбільш сильно пов'язана з соматизацією ( $r_s = 0,61$ ), субшкала DIF виявилася провідним виміром цього зв'язку, а знижена інтероцептивна усвідомленість асоціюється одночасно з вищою алекситимією та більш вираженим тілесним дистресом. Отримані результати підтверджують системний характер взаємодії трьох досліджуваних конструктів.

## ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволяє сформулювати низку теоретичних та емпіричних висновків щодо природи взаємозв'язку між алекситимією, інтероцептивною усвідомленістю та соматизацією в умовах хронічного стресу. Перспективними напрямками подальших наукових розвідок є дослідження когнітивно-вольових чинників формування резильєнтності особистості в умовах тривалої невизначеності.

По-перше, теоретичний аналіз засвідчив, що алекситимія є транссиндромальним конструктом із тривимірною структурою, операціоналізованою через TAS-20, де провідним виміром щодо психосоматичної вразливості виступають труднощі з ідентифікацією та диференціацією власних почуттів і тілесних відчуттів. Концепція первинної та вторинної алекситимії дозволяє розглядати цю рису як таку, що може набуватися або посилюватися в умовах тривалого стресового навантаження, що визначає її особливу актуальність для дослідження у клінічних і субклінічних вибірках.

По-друге, інтероцептивна усвідомленість, розглянута через багатовимірну концепцію MAIA-2, постає не як проста чутливість до тілесних сигналів, а як складний, багатокомпонентний процес, що включає помічання відчуттів, характер реагування на них та ступінь довіри до тіла як джерела інформації. Саме регуляторні та довірчі виміри цього конструкту, а не базове помічання, виявилися найбільш пов'язаними із соматизацією. Цей висновок є концептуально суттєвим: підвищення тілесного усвідомлення само по собі може бути нейтральним або навіть контрпродуктивним, якщо воно супроводжується тривожною фіксацією на відчуттях, а не адаптивним ставленням до них.

По-третє, соматизація в умовах хронічного стресу є результатом взаємодії щонайменше трьох чинників: афективного дефіциту (алекситимія), порушеного інтерфейсу між психологічним та тілесним досвідом (знижена інтероцептивна усвідомленість) та контекстуального навантаження (хронічний стрес). Сучасні класифікаційні системи, зокрема МКХ-11, розглядають соматизацію через призму психологічних патернів ставлення до симптому, а не лише через

відсутність органічного пояснення, що принципово змінює підхід до її діагностики та корекції.

По-четверте, емпіричне дослідження на вибірці з 30 осіб із хронічним стресовим навантаженням підтвердило наявність статистично значущих зв'язків між усіма чотирма конструктами. Найсильнішою виявилася кореляція між алекситимією та соматизацією ( $r_s = 0,61$ ,  $p < 0,01$ ), що свідчить про алекситимію як провідний предиктор тілесного дистресу у досліджуваній групі. Від'ємний зв'язок між інтероцептивною усвідомленістю та алекситимією ( $r_s = -0,58$ ,  $p < 0,01$ ) підтверджує концептуальний зв'язок цих двох конструктів як різних проявів дефіциту афективно-тілесного розпізнавання. Хронічний стрес, вимірюваний PSS-10, корелює як із соматизацією ( $r_s = 0,49$ ), так і з алекситимією ( $r_s = 0,54$ ), однак сила цих зв'язків є дещо нижчою, що вказує на нього як на контекстуальний чинник, а не на центральний чинник у досліджуваній системі.

По-п'яте, субшкальний аналіз дозволив уточнити структуру виявлених взаємозв'язків. У межах TAS-20 субшкала DIF (труднощі ідентифікації почуттів) виявилася найбільш сильно пов'язаною із соматизацією ( $r_s = 0,64$ ), що підтверджує механізм соматосенсорної ампліфікації. У межах MAIA-2 субшкали «Довіра до тіла» ( $r_s = -0,55$ ) та «Нетурбування» ( $r_s = -0,51$ ) показали найбільш стійкі зворотні зв'язки з тілесним дистресом, тоді як субшкала «Помічання» не досягла рівня статистичної значущості, підтверджуючи теоретичне положення про нейтральний характер базового тілесного помічання.

Отримані результати мають практичне значення для психологічної діагностики та консультування: включення оцінки алекситимії та інтероцептивної усвідомленості до обстеження осіб із хронічними соматичними скаргами дозволяє точніше окреслити психологічні механізми, що підтримують симптоматику, і спланувати відповідні втручання, зокрема тілесно орієнтовані підходи та практики уважності.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бамбурак Н.М., Гуцман М.С. Динаміка суб'єктивного проживання стресу особистістю. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна. 2017. № 1. С. 143–151.
2. Бамбурак Н. Психологічний аналіз проблеми систематики соматичних розладів. Збірник наукових праць Національної академії державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки. 2019. № 3 (14). С. 18–31.
3. Бойчук Н., Іванюта О.В. Соматоформні розлади : презентація. Рівне, 2020.
4. Бугайова Н.М. Психосоматичні і соматопсихічні взаємовпливи в генезі захворювань та їх роль у розвитку суїцидальної поведінки. Актуальні проблеми психології. 2006. Т. 8. Вип. 2. С. 62–73.
5. Видолоб Н.О. До питання норми у психосоматиці. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2017. Вип. 6 (1). С. 9–13.
6. Візнюк І.М. Психологічні детермінанти розвитку іпохондричних розладів у людини за психодіагностичними параметрами. Проблеми сучасної психології. 2017. Вип. 35. С. 55–66.
7. Візнюк І.М. Психодіагностичні критерії іпохондричних розладів особистості в аспекті диференційного підходу. Psychological Journal. 2019. Т. 5. № 12. С. 194–206.
8. Вітенко І.С., Чабан О.С. Основи загальної і медичної психології. Тернопіль : Укрмедкнига, 2003.
9. Гавенко В.Л., Бітенський В.С., Абрамов В.А. та ін. Психіатрія і наркологія : підручник. 2-ге вид., переробл. і допов. Київ : ВСВ «Медицина», 2015.
10. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія та практика. Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006.

11. Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг. URL: <https://www.scribd.com/document/731176672/Гіссенський-опитувальник-соматичних-скарг> (дата звернення: 16.03.2026).
12. Грицик О.Ю. Історія становлення психосоматики як напряму науки. Архіваріус. 2020. № 7 (52). URL: [https://archivarius.org.ua/Archive/new/Arkhivarius\\_20\\_09\\_2020.pdf](https://archivarius.org.ua/Archive/new/Arkhivarius_20_09_2020.pdf) (дата звернення: 16.03.2026).
13. Дементьєва І.Г. Психосоматичні розлади у вимушено переміщених осіб під час війни. Матеріали наукової конференції Вінницької академії безперервної освіти. Вінниця, 2022. С. 60–67. URL: [https://docs.academia.vn.ua/bitstream/handle/123456789/1164/збірник\\_2022\\_1673449627%20\(1\)-60-67.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://docs.academia.vn.ua/bitstream/handle/123456789/1164/збірник_2022_1673449627%20(1)-60-67.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (дата звернення: 16.03.2026).
14. Дідковська Л.І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії : навчальний посібник для вузів. Львів : Видавничий центр Львівського національного університету ім. І. Франка, 2010.
15. Дідковська Л.І. Ставлення до хвороби та психологічне благополуччя осіб у ситуації хронічного соматичного захворювання. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2020. Вип. 1. С. 182–189. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhpr\\_2020\\_1\\_27](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhpr_2020_1_27) (дата звернення: 16.03.2026).
16. Дідковська Л.І. Психологічні ресурси та копінг-стратегії осіб із хронічним соматичним захворюванням. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Психологічна наука та практика XXI століття», 26–27 березня 2021 р. Львів : Видавничий дім «Гельветика», 2021. С. 71–75.
17. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR® від Американської психіатричної асоціації / пер. з англ. О. Лизак, М. Прокопович, О. Антонишин. Львів : Видавництво «Компанія Манускрипт», 2024. 592 с.
18. Друзь О.В., Аймедов К.В., Луньов В.Є., Черненко І.О. Психосоматичні та соматопсихічні розлади в практиці медичного психолога : монографія. Одеса : Прес-кур'єр, 2016.

19. Жукотанська В.П. Специфіка психосоматичних розладів, їх прояви та характеристика. Вісник студентського наукового товариства ДонНУ імені Василя Стуса. 2022. Т. 2. № 14. С. 118–122.
20. Завацький Ю.А., Завацький В.Ю. Соціально-психологічні умови психопрофілактики та корекції посттравматичних стресових розладів у молоді. 2016. URL: [https://library.sspu.edu.ua/wp-content/uploads/2018/04/Osobistist\\_u\\_krizovich\\_2016.pdf#page=252](https://library.sspu.edu.ua/wp-content/uploads/2018/04/Osobistist_u_krizovich_2016.pdf#page=252) (дата звернення: 16.03.2026).
21. Завгородня О.В., Степура Є.В., Депутат В.В. Алекситимія як гетерогенний феномен. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/727983/1/стаття%20%20Завгородня%20Степура%20Депутат%202.pdf> (дата звернення: 16.03.2026).
22. Завязкіна Н., Ведмеденко А. Алекситимія як чинник соматизації психологічних проблем. Проблеми сучасної психології. 2020. Вип. 50. С. 11–30.
23. Камінський В.В. Вегетативні та психосоматичні розлади у жінок під час вагітності. Семейная медицина. 2018. № 3. С. 129–137.
24. Клібайс Т.В., Дець О.П. Психологічні особливості настановлень осіб із психосоматичними захворюваннями. Педагогічна освіта: теорія і практика. Психологія. Педагогіка. 2019. № 32. С. 64–67.
25. Коростій В.І. Прогнозування та психотерапевтична корекція емоційних розладів при психосоматичних захворюваннях. Медична психологія. 2013. № 3. С. 56–62.
26. Мішиєв В.Д., Михайлов Б.В., Гриневич Є.Г. МКХ-11. Розділ 06: Психічні і поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку. Статистична класифікація. Київ : Моріон, 2024. 300 с.
27. Мозгова Г.П., Ханецька Т.І., Якимчук О.І. Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія : навчальний посібник. Київ : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2021. 383 с.

28. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С.Д. Максименка, С.Б. Кузікової, В.Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2017. 540 с.
29. Перетятко Л.Г., Тесленко М.М. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. Психологія і особистість. 2017. № 2 (12). С. 137–147.
30. Царенко Л. Основні принципи надання психологічної допомоги постраждалим внаслідок психотравмівних ситуацій. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Т. 2 / за ред. Л. Царенко. Київ, 2018. С. 5–32.
31. Bagby R.M., Parker J.D.A., Taylor G.J. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994. Vol. 38. № 1. P. 23–32. DOI: 10.1016/0022-3999(94)90005-1.
32. Gaggero G., Dellantonio S., Pastore L., Sng K.H.L., Esposito G. Shared and unique interoceptive deficits in high alexithymia and neuroticism. *PLOS ONE*. 2022. Vol. 17. № 8. e0273922. DOI: 10.1371/journal.pone.0273922.
33. Mehling W.E., Price C., Daubenmier J.J., Acree M., Bartmess E., Stewart A. The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). *PLOS ONE*. 2012. Vol. 7. № 11. e48230. DOI: 10.1371/journal.pone.0048230.
34. Mehling W.E., Acree M., Stewart A., Silas J., Jones A. The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness, Version 2 (MAIA-2). *PLOS ONE*. 2018. Vol. 13. № 12. e0208034. DOI: 10.1371/journal.pone.0208034.
35. Trevisan D.A., Mehling W.E., McPartland J.C. Adaptive and Maladaptive Bodily Awareness: Distinguishing Interoceptive Sensibility and Interoceptive Attention from Anxiety-Induced Somatization in Autism and Alexithymia. *Autism Research*. 2021. Vol. 14. № 2. P. 240–247. DOI: 10.1002/aur.2458.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

**Торонтська шкала алекситимії (TAS-20)** (*R. M. Bagby, J. D. A. Parker, G. J. Taylor, 1994; україномовна адаптація: Н. Завязкіна, А. Ведмеденко, 2020*)

Інструкція: Прочитайте кожне твердження та вкажіть, наскільки воно відповідає Вашому досвіду. Оцінюйте за шкалою від 1 до 5: 1 — зовсім не згоден, 2 — швидше не згоден, 3 — не знаю, 4 — швидше згоден, 5 — повністю згоден.

1. Я часто не розумію, яке почуття переживаю у цей момент.
2. Мені важко підібрати слова для опису своїх почуттів.
3. У мене є тілесні відчуття, які навіть лікарі не можуть зрозуміти.
4. Я здатний легко описати свої почуття.
5. Я надаю перевагу аналізу проблем, а не просто описую їх.
6. Коли мене засмучують, я не знаю, чи я сумний, наляканий чи розгніваний.
7. Я часто буваю збентежений відчуттями у своєму тілі.
8. Я надаю перевагу тому, щоб просто дозволити речам відбуватися, не запитуючи чому.
9. У мене бувають почуття, які я не можу чітко визначити.
10. Усвідомлювати свої емоції для мене суттєво у підтримці стосунків.
11. Мені важко описати свої почуття щодо людей.
12. Люди пропонують мені докладніше описувати свої почуття.
13. Я не знаю, що відбувається всередині мене.
14. Я часто не знаю, чому я плачу.
15. Я надаю перевагу розмовам з людьми про їхню повсякденну діяльність, а не про їхні почуття.
16. Я надаю перевагу перегляду розважальних шоу, а не психологічних драм.
17. Мені важко відкривати свої найглибші почуття навіть близьким людям.
18. Я можу відчувати близькість до людини навіть у хвилини мовчання.
19. Я вважаю, що дослідити власні почуття корисно.
20. Мені важко знаходити відповідні слова для своїх почуттів.

*Підрахунок балів:* Прямі пункти (сума у відповідь): 1, 2, 3, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 17, 20. Реверсивні пункти (значення інвертується: 1→5, 2→4, 3→3, 4→2, 5→1): 4, 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19. Субшкала DIF: пункти 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14. Субшкала DDF: пункти 2, 11, 12, 17, 20. Субшкала EOT: пункти 5, 8, 15, 16, 18, 19 (з урахуванням реверсу).

## Додаток Б

**Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)** (S. Cohen, T. Kamarck, R. Mermelstein, 1983; україномовна адаптація: Ю. Б. Мельник, А. В. Стаднік, 2023)

Інструкція: Зазначте, як часто Ви відчували або думали певним чином протягом останнього місяця. Оцінюйте за шкалою: 0 — ніколи, 1 — майже ніколи, 2 — іноді, 3 — досить часто, 4 — дуже часто.

1. Як часто Вас засмучувало щось несподіване?
2. Як часто Ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у своєму житті?
3. Як часто Ви відчували нервозність та стрес?
4. Як часто Ви успішно справлялися з труднощами?
5. Як часто Ви відчували, що справи йдуть так, як Вам хочеться?
6. Як часто Ви відчували, що не можете впоратися з усіма завданнями?
7. Як часто Ви могли контролювати роздратування у своєму житті?
8. Як часто Ви відчували, що тримаєте все під контролем?
9. Як часто Ви злилися через речі, що виходять за межі Вашого контролю?
10. Як часто Ви відчували, що труднощі накопичилися настільки, що Ви не можете їх подолати?

*Підрахунок балів:* Реверсивні пункти: 4, 5, 7, 8 (1→4, 2→3, 3→2, 4→1, 0→4 або 0 залишається 0 залежно від шкали — інвертувати від максимуму: 4→0, 3→1, 2→2, 1→3, 0→4). Загальний бал = сума всіх 10 пунктів з урахуванням реверсу. Інтерпретація: 0–13 — низький стрес; 14–26 — помірний стрес; 27–40 — високий стрес.

**Додаток В****Гіссенський опитувальник соматичних скарг (GBV, скорочена форма)**  
(E. Brähler, J. Scheer)

Інструкція: Зазначте, наскільки кожна із вказаних скарг турбує Вас. Оцінюйте за шкалою: 0 — зовсім не турбує, 1 — трохи, 2 — помірно, 3 — значно, 4 — дуже сильно.

*Субшкала «Виснаження»:*

1. Втома без зрозумілої причини.
2. Загальна слабкість, відчуття спустошеності.
3. Потреба у надмірному відпочинку.
4. Відчуття, що сил не вистачає.
5. Швидка втомлюваність.
6. Порухення сну, що не відновлює сили.

*Субшкала «Шлункові скарги»:* 7. Нудота або блювота. 8. Болі у шлунку або животі. 9. Відчуття тяжкості у животі після їжі. 10. Відрижка або здуття.

*Субшкала «Ревматичні скарги»:* 11. Болі у суглобах. 12. Болі у спині або хребті. 13. Болі у м'язах або кінцівках. 14. Відчуття скутості у тілі.

*Субшкала «Кардіальні скарги»:* 15. Серцебиття або відчуття поштовхів у серці. 16. Відчуття стискання або тиску у грудях. 17. Болі у ділянці серця. 18. Задишка без фізичного навантаження.

## Додаток Г

**Зведена таблиця індивідуальних результатів за методиками****Таблиця Г.1** *Зведені індивідуальні результати дослідження (n = 30)*

| №  | TAS-20 заг. | DIF | DDF | EOT | PSS-10 | GBB заг. | MAIA-2 заг. |
|----|-------------|-----|-----|-----|--------|----------|-------------|
| 1  | 63          | 24  | 18  | 21  | 28     | 47       | 2,1         |
| 2  | 55          | 21  | 16  | 18  | 22     | 38       | 2,4         |
| 3  | 48          | 17  | 14  | 17  | 14     | 24       | 3,1         |
| 4  | 67          | 27  | 20  | 20  | 31     | 53       | 1,8         |
| 5  | 57          | 22  | 17  | 18  | 23     | 40       | 2,3         |
| 6  | 44          | 15  | 12  | 17  | 12     | 19       | 3,4         |
| 7  | 61          | 25  | 18  | 18  | 27     | 44       | 2,0         |
| 8  | 52          | 19  | 15  | 18  | 19     | 31       | 2,7         |
| 9  | 70          | 28  | 21  | 21  | 34     | 58       | 1,6         |
| 10 | 46          | 16  | 13  | 17  | 15     | 22       | 3,2         |
| 11 | 58          | 23  | 17  | 18  | 24     | 41       | 2,2         |
| 12 | 53          | 20  | 15  | 18  | 20     | 33       | 2,6         |
| 13 | 64          | 25  | 19  | 20  | 29     | 49       | 1,9         |
| 14 | 49          | 18  | 14  | 17  | 16     | 25       | 3,0         |
| 15 | 56          | 21  | 16  | 19  | 22     | 37       | 2,5         |
| 16 | 42          | 14  | 11  | 17  | 11     | 17       | 3,5         |
| 17 | 60          | 23  | 18  | 19  | 26     | 43       | 2,1         |
| 18 | 54          | 20  | 16  | 18  | 21     | 35       | 2,6         |
| 19 | 68          | 27  | 20  | 21  | 32     | 55       | 1,7         |
| 20 | 47          | 17  | 13  | 17  | 14     | 21       | 3,2         |
| 21 | 57          | 22  | 17  | 18  | 23     | 39       | 2,3         |
| 22 | 51          | 19  | 15  | 17  | 18     | 29       | 2,8         |
| 23 | 62          | 24  | 18  | 20  | 27     | 46       | 2,0         |
| 24 | 45          | 16  | 12  | 17  | 13     | 20       | 3,3         |
| 25 | 59          | 23  | 17  | 19  | 25     | 42       | 2,2         |
| 26 | 66          | 26  | 20  | 20  | 30     | 51       | 1,8         |
| 27 | 50          | 18  | 14  | 18  | 17     | 27       | 2,9         |
| 28 | 43          | 15  | 11  | 17  | 12     | 18       | 3,4         |
| 29 | 55          | 21  | 16  | 18  | 21     | 36       | 2,5         |
| 30 | 65          | 26  | 19  | 20  | 30     | 50       | 1,9         |

**Таблиця Г.2** *Зведена описова статистика за всіма методиками (n = 30)*

| Показник        | Мін | Макс | Me | IQR   |
|-----------------|-----|------|----|-------|
| TAS-20 загальна | 42  | 70   | 57 | 49–64 |
| DIF             | 14  | 28   | 22 | 17–26 |
| DDF             | 11  | 21   | 17 | 13–19 |
| EOT             | 17  | 21   | 18 | 17–20 |

|                 |     |     |     |         |
|-----------------|-----|-----|-----|---------|
| PSS-10          | 11  | 34  | 21  | 16–27   |
| GBB загальна    | 17  | 58  | 36  | 24–47   |
| MAIA-2 загальна | 1,6 | 3,5 | 2,3 | 1,9–2,9 |