



Наукові перспективи
Видавнича група



НАУКОВІ ПЕРСПЕКТИВИ



Випуск 5(71)

2026

**Всеукраїнська Асамблея докторів наук із державного
управління**

у рамках роботи Видавничої групи «Наукові перспективи»

Наукові перспективи

№ 5(71) 2026

Київ – 2026



Корисва А.В. <i>ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ЯК ЧИННИК СУБ'ЄКТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ДОРΟΣЛИХ У КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ</i>	2783
Коструба Н.С., Шевчук Т.В. <i>ГРАМОТНІСТЬ ЩОДО ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЯК СКЛАДОВА ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ</i>	2795
Котляр Л.І., Нонько В.О. <i>ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ТРИВОЖНОСТІ НА СТРЕСОСТІЙКІСТЬ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ МОРЕГОСПОДАРСЬКОЇ ГАЛУЗІ</i>	2808
Котляр Л.І., Сіденко К.В. <i>ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА АГРЕСИВНИХ РЕАКЦІЙ У МОРИАКІВ</i>	2819
Кочерга Є.В. <i>ПРОСТІР І ЧАС ЯК РЕСУРС В АРТТЕРАПЕВТИЧНІЙ РОБОТІ</i>	2833
Кочерга Є.В., Ремпель Ж.О. <i>АРТТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ ПІДТРИМКИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ РЕСУРСІВ ПРАЦІВНИКІВ НЕДЕРЖАВНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ В УМОВАХ ВІЙНИ</i>	2844
Кравець Ю.О. <i>СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СУЧАСНОГО КЕРІВНИКА ЯК ЧИННИК ЕФЕКТИВНОГО УПРАВЛІННЯ</i>	2858
Кравченко Т.Ю., Копійка Г.К. <i>ІНТЕГРАТИВНИЙ ПІДХІД ДО ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ: РОЛЬ ПСИХОЛОГІЇ ЗДОРОВ'Я ТА КЛІНІЧНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ РОДИНИ</i>	2869
Кучеренко Н.С., Кучеренко С.М. <i>ФОРМУВАННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ЯК ОДИН ІЗ НАПРЯМКІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ФАХІВЦІВ РИЗИКОНЕБЕЗПЕЧНИХ ПРОФЕСІЙ</i>	2882
Лавріненко В.А. <i>ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ПОРУШЕНЬ СТРУКТУРНОГО І ЗМІСТОВНОГО АСПЕКТІВ ФУНКЦІОНУВАННЯ СМИСЛОВОЇ СФЕРИ У ПІДЛІТКІВ-НЕФОРМАЛІВ</i>	2894
Лазарук А.Ф., Дикий Я.О. <i>АКСІОПСИХОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ СТАНОВЛЕННЯ ВЧИНКУ САМОВИЗНАЧЕННЯ У МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ</i>	2905
Левченко В.В., Сичова І.Ю. <i>ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕЗАДАПТИВНИХ СТРАТЕГІЙ ПОВЕДІНКИ ОСІБ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ</i>	2941



УДК 159.944.4:616.89-008.1

[https://doi.org/10.52058/2708-7530-2026-5\(71\)-2941-2953](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2026-5(71)-2941-2953)

Левченко Вікторія Володимирівна кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри практичної психології, Факультет психології, соціальної роботи та спеціальної освіти, Київський столичний Університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, <https://orcid.org/0000-0003-4691-9445>

Сичова Ірина Юріївна магістрантка кафедри практичної психології, Факультет психології, соціальної роботи та спеціальної освіти, Київський столичний Університет імені Бориса Грінченка, м. Київ.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕЗАДАПТИВНИХ СТРАТЕГІЙ ПОВЕДІНКИ ОСІБ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Анотація. Стаття присвячена дослідженню дезадаптивних стратегій поведінки осіб із психосоматичними розладами в умовах хронічного стресу, спричиненого воєнними діями в Україні. Теоретичний аналіз показав, що дезадаптивні стратегії формуються під впливом когнітивних викривлень, емоційної дисрегуляції, психологічних захисних механізмів та недостатніх копінг-ресурсів. Вони проявляються як неусвідомлені реакції на стрес, що призводять до соматичних симптомів і ускладнюють особистісну адаптацію.

В емпіричному дослідженні взяли участь 60 осіб віком 20–55 років із клінічними або субклінічними проявами психосоматичних порушень, які пережили значні стресові події протягом останнього року. До вибірки увійшли респонденти з нейроциркуляторною дистонією, синдромом подразненого кишечника, бронхіальною астмою та іншими соматоформними розладами. Використано комплекс психодіагностичних методик, що оцінюють емоційне реагування, рівень дезадаптивності та деструктивні поведінкові патерни.

Результати засвідчили переважання середнього та високого рівнів дезадаптації, особливо в сфері поведінкової регуляції, що виявляється у труднощах контролю емоцій і поведінки. Виявлено підвищені показники тривожності, емоційної напруги, внутрішнього конфлікту, схильність до інтелектуалізації та уникнення емоційного контакту. Найпоширенішими психосоматичними проявами були больові симптоми та загальна виснаженість, які посилювалися під впливом емоційного навантаження. Кореляційний і кластерний аналіз підтвердили взаємозв'язок між дезадаптивними стратегіями поведінки та психосоматичними розладами, а також дозволили виділити два психологічні профілі. Отримані дані підкреслюють необхідність розроблення профілактичних і психокорекційних програм в умовах воєнної кризи та соціальної нестабільності.



Ключові слова: дезадаптивні стратегії поведінки, копінг-стратегії, психосоматичні розлади, психологічні захисні механізми, дезадаптація, хронічний стрес, емоційна регуляція.

Levchenko Viktoriia Volodymyrivna Candidate of Philosophical Science, Associate Professor at the Department of Practical Psychology, Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University, Kyiv, <https://orcid.org/0000-0003-4691-9445>

Sychova Iryna Yurievna Master's student at the Department of Practical Psychology, Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University, Kyiv.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF MASADAPTIVE BEHAVIOR STRATEGIES OF PERSONS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Abstract. The article investigates maladaptive behavioral strategies in individuals with psychosomatic disorders under conditions of chronic stress caused by military actions in Ukraine. Theoretical analysis has shown that maladaptive strategies are formed under the influence of cognitive distortions, emotional dysregulation, psychological defense mechanisms, and insufficient coping resources. They manifest as unconscious stress reactions that trigger somatic symptoms and complicate personal adaptation.

The empirical study involved individuals aged 20–55 with clinical or subclinical manifestations of psychosomatic disorders who had experienced significant stressful events during the past year. The sample included respondents with neurocirculatory dystonia, irritable bowel syndrome, bronchial asthma, and other somatoform disorders. A comprehensive set of psychodiagnostic methods was used to assess emotional responding, the level of maladaptation, and destructive behavioral patterns.

The results revealed a predominance of moderate and high levels of maladaptation, particularly in the sphere of behavioral regulation, manifested by difficulties in controlling emotions and behavior. Elevated levels of anxiety, emotional tension, and internal conflict were identified, along with a tendency toward intellectualization and avoidance of emotional contact. The most common psychosomatic manifestations were pain symptoms and general exhaustion, which intensified under emotional overload. Correlation and cluster analyses confirmed the relationship between maladaptive behavioral strategies and psychosomatic disorders and allowed the identification of two distinct psychological profiles. The findings underscore the need to develop preventive and psychocorrective programs in the context of military crisis and social instability.

Keywords: maladaptive behavioral strategies, coping strategies, psychosomatic disorders, psychological defense mechanisms, maladaptation, chronic stress, emotional regulation.

Левченко Вікторія Володимирівна кандидат філософських наук, доцент, доцент кафедри практичної психології, Факультет психології, соціальної роботи та спеціальної освіти, Київський столичний Університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, тел.: (050) 348 16 52, <https://orcid.org/0000-0003-4691-9445>

Сичова Ірина Юріївна магістрантка кафедри практичної психології, Факультет психології, соціальної роботи та спеціальної освіти, Київський столичний Університет імені Бориса Грінченка, м. Київ.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕЗАДАПТИВНИХ СТРАТЕГІЙ ПОВЕДІНКИ ОСІБ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Анотація. Стаття присвячена дослідженню дезадаптивних стратегій поведінки осіб із психосоматичними розладами в умовах хронічного стресу, спричиненого воєнними діями в Україні. Теоретичний аналіз показав, що дезадаптивні стратегії формуються під впливом когнітивних викривлень, емоційної дисрегуляції, психологічних захисних механізмів та недостатніх копінг-ресурсів. Вони проявляються як неусвідомлені реакції на стрес, що призводять до соматичних симптомів і ускладнюють особистісну адаптацію.

В емпіричному дослідженні взяли участь 60 осіб віком 20–55 років із клінічними або субклінічними проявами психосоматичних порушень, які пережили значні стресові події протягом останнього року. До вибірки увійшли респонденти з нейроциркуляторною дистонією, синдромом подразненого кишечника, бронхіальною астмою та іншими соматоформними розладами. Використано комплекс психодіагностичних методик, що оцінюють емоційне реагування, рівень дезадаптивності та деструктивні поведінкові патерни.

Результати засвідчили переважання середнього та високого рівнів дезадаптації, особливо в сфері поведінкової регуляції, що виявляється у труднощах контролю емоцій і поведінки. Виявлено підвищені показники тривожності, емоційної напруги, внутрішнього конфлікту, схильність до інтелектуалізації та уникнення емоційного контакту. Найпоширенішими психосоматичними проявами були больові симптоми та загальна виснаженість, які посилювалися під впливом емоційного навантаження. Кореляційний і кластерний аналіз підтвердили взаємозв'язок між дезадаптивними стратегіями поведінки та психосоматичними розладами, а також дозволили виділити два психологічні профілі. Отримані дані підкреслюють необхідність розроблення профілактичних і психокорекційних програм в умовах воєнної кризи та соціальної нестабільності.

Ключові слова: дезадаптивні стратегії поведінки, копінг-стратегії, психосоматичні розлади, психологічні захисні механізми, дезадаптація, хронічний стрес, емоційна регуляція.

Levchenko Viktoriia Volodymyrivna Candidate of Philosophical Science, Associate Professor at the Department of Practical Psychology, Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University, Kyiv, tel: (050) 348 16 52, <https://orcid.org/0000-0003-4691-9445>

Sychova Iryna Yurievna Master's student at the Department of Practical Psychology, Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University, Kyiv.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF MALADAPTIVE BEHAVIOR STRATEGIES OF PERSONS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Abstract. The article investigates maladaptive behavioral strategies in individuals with psychosomatic disorders under conditions of chronic stress caused by military actions in Ukraine. Theoretical analysis has shown that maladaptive strategies are formed under the influence of cognitive distortions, emotional dysregulation, psychological defense mechanisms, and insufficient coping resources. They manifest as unconscious stress reactions that trigger somatic symptoms and complicate personal adaptation.

The empirical study involved individuals aged 20–55 with clinical or subclinical manifestations of psychosomatic disorders who had experienced significant stressful events during the past year. The sample included respondents with neurocirculatory dystonia, irritable bowel syndrome, bronchial asthma, and other somatoform disorders. A comprehensive set of psychodiagnostic methods was used to assess emotional responding, the level of maladaptation, and destructive behavioral patterns.

The results revealed a predominance of moderate and high levels of maladaptation, particularly in the sphere of behavioral regulation, manifested by difficulties in controlling emotions and behavior. Elevated levels of anxiety, emotional tension, and internal conflict were identified, along with a tendency toward intellectualization and avoidance of emotional contact. The most common psychosomatic manifestations were pain symptoms and general exhaustion, which intensified under emotional overload. Correlation and cluster analyses confirmed the relationship between maladaptive behavioral strategies and psychosomatic disorders and allowed the identification of two distinct psychological profiles. The findings underscore the need to develop preventive and psychocorrective programs in the context of military crisis and social instability.

Keywords: maladaptive behavioral strategies, coping strategies, psychosomatic disorders, psychological defense mechanisms, maladaptation, chronic stress, emotional regulation.

Постановка проблеми. Дезадаптивні стратегії поведінки є одним із ключових чинників, які впливають на розвиток психосоматичних розладів, оскільки порушують баланс між психоемоційним станом людини та фізіологічними процесами організму. Вони формуються як реакція на хронічний стрес, внутрішні конфлікти або складні життєві обставини та зумовлюють перевантаження нервової, ендокринної й імунної систем. Унаслідок цього виникають або загострюються психосоматичні захворювання.

Актуальність проблеми підтверджується сучасною ситуацією в Україні. За даними МОЗ України, упродовж 2021–2024 років значно зросла кількість звернень громадян із проблемами психічного здоров'я. Найпоширенішими скаргами є тривога, порушення сну, емоційне виснаження та психосоматичні симптоми. Зростання кількості таких звернень пов'язують із впливом воєнних дій, тривалого стресу та психоемоційної нестабільності населення. Таким чином, розуміння механізмів психологічної дезадаптації, які лежать в основі психосоматичних порушень актуалізує необхідність розробки ефективних підходів до психологічної допомоги таким особам.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Методологія дослідження психосоматичних захворювань інтегрує медичні, психологічні та соціологічні підходи. Також клінічне спостереження із детальним аналізом історії хвороби дозволяє виявити взаємозв'язок між стресовими подіями та появою соматичних симптомів. Психосоматична медицина ґрунтується на інтеграції медичних, психологічних і соціологічних підходів. Класичні теорії (Ф. Александер, Ф. Данбар, В. Кеннон, Г. Сельє, З. Фройд) заклали основу розуміння зв'язку між емоційними конфліктами та соматичними симптомами. Значний внесок зробили французька школа психосоматики (П. Марти) та дослідження алекситимії (П. Сіфнеос). Сучасні класифікації (DSM-5, МКБ-11) підкреслюють провідну роль психоемоційних факторів у реакціях організму на стрес, перебіг хвороби та відновлення після неї. Тому інтердисциплінарний підхід, який об'єднує клінічні, психодіагностичні та психофізіологічні методи, є ключовим для розуміння складних механізмів взаємодії психічних та соматичних процесів, що лежать в основі даних розладів [2].

Незважаючи на значний теоретичний доробок, недостатньо вивченим залишається взаємозв'язок дезадаптивних стратегій поведінки з психосоматичними розладами саме в умовах воєнного стресу.

Мета дослідження – теоретично та емпірично дослідити психологічні особливості дезадаптивних стратегій поведінки осіб із психосоматичними розладами в умовах хронічного стресу.

Виклад основного матеріалу. У сучасній клінічній практиці психотерапія функціональних і соматоформних розладів ґрунтується на інтегративному підході, що поєднує психодинамічний, когнітивно-поведінковий, тілесно-орієнтований та майндфулнес-орієнтований методи [5]. Терапевтична робота спрямована на зменшення соматичних проявів, стабілізацію емоційного стану, розвиток навичок саморегуляції та підвищення психологічного благополуччя пацієнта [1].

Психодинамічні техніки дозволяють опрацьовувати несвідомі конфлікти, когнітивно-поведінкова терапія – змінювати неадаптивні переконання та реакції, а тілесно-орієнтовані практики й майндфулнес сприяють зниженню тривоги та надмірної уваги до фізичних симптомів. Ефективність допомоги забезпечується індивідуальним підбором методів та міждисциплінарною взаємодією фахівців.

Дезадаптивні стратегії поведінки та їхній зв'язок із психосоматичними розладами активно вивчаються сучасними дослідниками. Р. Лазарус, започаткувавши теорію психологічного стресу та копіngu, показав, що

неефективні копінг-стратегії підвищують ризик розвитку соматичних захворювань [4]. І. Фрайденберг та Р. Льюїс запропонували модель копінг-стратегій, поділивши їх на продуктивні, соціально-орієнтовані та непродуктивні [8].

Серед найбільш поширених дезадаптивних стратегій виділяють уникання, агресію, пасивність, перфекціонізм, соматизацію емоцій та адиктивну поведінку. Дослідження Л. Суглані, М. Дж. Скотта [3] та інших авторів підтверджують, що такі стратегії підтримують хронічний стрес, сприяють соматизації та порушенню вегетативної регуляції організму.

Дж. Макдугалл [6] дослідив дезадаптивні стратегії та визначив, що пригнічені емоції та неможливість їх конструктивного вираження часто знаходять прояв у тілесних симптомах. Серед найбільш поширених дезадаптивних стратегій поведінки вчений окреслив наступні:

1. Стратегія уникання – уникнення конфліктів і проблем, що призводить до накопичення емоційного напруження. У довготривалій перспективі це може спричиняти гастрит, виразкову хворобу або залежну поведінку.

2. Агресія – часті прояви ворожості та гніву, які супроводжуються активацією симпатичної нервової системи та підвищенням артеріального тиску, збільшуючи ризик серцево-судинних захворювань.

3. Пасивність – відмова від активного вирішення проблем і переживання безпорадності, що може супроводжуватися депресивними станами, хронічною втомою, головним болем та м'язовим напруженням.

4. Перфекціонізм – постійне прагнення до ідеального результату, яке формує тривожність, емоційне виснаження, порушення сну та психосоматичні симптоми.

5. Соматизація емоцій – пригнічення негативних переживань, що може проявлятися у вигляді психогенних болів, бронхіальної астми або функціональних порушень серцево-судинної системи.

6. Залежність від шкідливих звичок – використання алкоголю, куріння чи інших форм адиктивної поведінки як способу зниження напруження.

Таким чином, вивчення дезадаптивних стратегій поведінки має важливе теоретичне і практичне значення для розуміння механізмів розвитку психосоматичних розладів та їхньої психокорекції.

Для цього було застосовано комплекс психодіагностичних методик: 1) Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI) – для дослідження особистісних рис, рівня невротизації, тривожності, агресивності, емоційної лабільності та інших характеристик, пов'язаних із психосоматичними проявами; 2) авторська анкета на основі Гісенського опитувальнику соматичних скарг – дозволяє оцінити інтенсивність психосоматичних симптомів та їхній зв'язок із психоемоційним станом особистості; 3) експрес-опитувальник «Дезадаптивність» (за І. Приходько, О. Колесніченко, М. Байда) – спрямований на визначення рівня психологічної дезадаптації, труднощів у пристосуванні до стресових ситуацій та ризику психосоматичних порушень; 4) опитувальник емоційних типів Плутчика – Келлермана – Конте (англ. Plutchik-Kellerman-Conte

Emotion Profile Index, EPI) – для дослідження механізмів психологічного захисту та виявлення дезадаптивних способів подолання стресу.

У дослідженні взяли участь 60 осіб віком від 20 до 55 років із клінічними або субклінічними проявами психосоматичних порушень, які зазнали значних стресових подій протягом останнього року. До вибірки увійшли особи з діагнозами нейроциркуляторної дистонії, синдрому подразненого кишківника, бронхіальної астми та інших соматоформних розладів. Статевий розподіл вибірки є диспропорційним із переважанням жінок (77,5%) над чоловіками (22,5%), що відповідає загальним тенденціям участі у психологічних дослідженнях. Вікова структура вибірки представлена всіма основними дорослими категоріями з домінуванням осіб молодого та середнього віку, що забезпечує репрезентативність дослідження щодо працездатного населення. За місцем проживання більшість респондентів (72,5%) проживали в Україні поза зоною бойових дій, 25% перебували за кордоном, а 2,5% – у зоні активних бойових дій. Така структура вибірки відображає актуальні соціальні умови та потенційні хронічні стресові фактори.

Відповідно до наряду дослідження та з метою вивчення особливостей соматичних проявів, характерних для осіб із психосоматичними порушеннями, було застосовано анкету, яка складена на основі Гіссенського опитувальника соматичних скарг, який дозволяє кількісно оцінити вираженість фізичних симптомів, що можуть мати психогенне походження (загальна виснаженість, шлунково-кишкові та серцево-судинні прояви, болі в різних частинах тіла).

Таблиця 1

Описові статистики за шкалами Гіссенського опитувальника соматичних скарг

	Mean	Median	SD
<i>Загальна виснаженість</i>	13.76	12	6.18
<i>Шлунково-кишкові проблеми</i>	10.24	12	6.61
<i>Болі в різних частинах тіла</i>	15.80	18	6.81
<i>Серцево-судинні проблеми</i>	7.90	6	7.76
<i>Інтенсивність скарг</i>	47.71	48	20.43

Отримані результати свідчать про те, що найінтенсивнішими ($M=15,80$; $SD=6,81$) є скарги на болі в різних частинах тіла (біль у суглобах, головний біль, біль у спині та ін.) та загальна виснаженість, яка проявляється у слабкості, втомі, млявості ($M=13,76$ при $SD=6,18$). Менш вираженими, але у частини учасників значущими, є шлунково-кишкові ($M=10,24$ при $SD=6,61$) й серцево-судинні симптоми ($M=7,90$ при $SD=7,76$). Таким чином, результати, отримані за Гіссенським опитувальником соматичних скарг, дозволяють охарактеризувати загальний соматичний фон досліджуваної вибірки як такий, що перебуває на помірному рівні вираженості. Сумарний індекс соматичних скарг (інтенсивність

симптомів) склав $M=47,71$ при $SD=20,43$, що підтверджує загалом помірний рівень соматизації у досліджуваній групі з деякою варіативністю (тобто наявністю у вибірці досліджуваних як з дуже низьким рівнем скарг, так і з дуже високим).

Переважає більшість досліджуваних (60,0 %) повідомили, що вказані ними симптоми тривають роками. Ще 25,0 % зазначили, що симптоми зберігаються понад пів року. Таким чином, у 85,0 % досліджуваних простежується хронічний або тривалий перебіг симптоматики, що може свідчити про тенденцію до стійкої соматизації. При цьому, 50,0 % досліджуваних проходили обстеження, інша половина – ні. Цей показник може відображати особливості ставлення до власного здоров'я.

На наявність встановленого медичного діагнозу вказали 32,5 % респондентів, тоді як у 67,5 % симптоми не були пов'язані з діагнозом. Таким чином, можемо припустити, що деякі симптоми мають психогенне походження. Доказом цього є факт, що під час емоційного навантаження більш ніж у половини досліджуваних симптоми загострюються (52,5 %). У 35,0 % учасників симптоми залишаються стабільними, і лише в 12,5 % – зникають. У контексті сімейного анамнезу лише 30,0 % досліджуваних підтвердили наявність подібних захворювань у найближчих родичів. Водночас 52,5 % не змогли надати таку інформацію.

Узагальнюючи викладене вище, можемо припустити, що отримані дані свідчать про хронічний характер симптомів, відсутність чітко встановлених медичних причин у більшості учасників та значний вплив емоційних чинників на інтенсивність проявів. У сукупності це створює підґрунтя для подальшого аналізу дезадаптивних психологічних механізмів асоційованих з соматичними станами.

Наступним аспектом дослідження є вивчення інтенсивності напруженості механізмів психічного захисту за шкалами методики «Індекс життєвого стилю» (LSI) Р. Плутчика, Х. Келлермана, результати представлені в табл. 2.

Таблиця 2

Описові статистики за шкалами методики «Індекс життєвого стилю» (LSI) Р. Плутчика та Х. Келлермана

	Mean	Median	SD
Витіснення	37.5	35.0	18.22
Регресія	41.9	41.0	17.50
Заміщення	31.0	30.0	18.78
Заперечення	45.4	45.0	16.70
Проекція	35.3	33.0	17.65
Компенсація	44.8	40.0	20.63
Гіперкомпенсація	32.5	30.0	16.13
Раціоналізація	56.9	50.0	14.89

	Mean	Median	SD
Загальна напруженість захисних механізмів	41.0	41.5	9.07

Як можемо побачити з табл. 2, найвищий рівень напруженості зафіксовано за шкалою раціоналізації ($M=56,9$; $SD=14,89$), що свідчить про домінування схильності до когнітивної переробки переживань. Високими також є показники заперечення ($M=45,4$; $SD=16,7$), компенсації ($M=44,8$; $SD=20,63$), а також регресії ($M=41,9$; $SD=17,50$). Таким чином, бачимо, що провідним захисним механізмом є раціоналізація, що в цілому є конструктивною тенденцією. Загальний показник напруженості захисних механізмів перебуває на помірному рівні ($M=41,0$; $SD=9,07$), що вказує на функціональне (шляхом раціоналізації та ін. механізмів), але доволі напружене психологічне пристосування до психоемоційного навантаження.

Результати описових статистик, отримані за шкалами Фрайбурзького особистісного опитувальника, характеризують рівень вираженості основних особистісних радикалів досліджуваних. Більшість шкал мають показники в межах середнього рівня (4–6 балів), що свідчить про загалом адаптивний профіль. Проте, наближеність до високих значень (7-9 балів) спостерігаються за шкалами невротичності ($M=6,72$; $SD=2,25$) та емоційної лабільності ($M=6,62$; $SD=1,92$). Це вказує на схильність до підвищеної емоційної реактивності, вразливості до стресу та труднощів у стабілізації емоційного стану.

Вираженість таких показників як депресивність ($M=5,80$; $SD=1,64$), дратівливість ($M=6,03$; $SD=2,08$), спонтанна агресивність ($M=5,05$; $SD=2,57$), сором'язливість ($M=5,13$; $SD=4,29$), товариськість ($M=5,78$; $SD=1,29$), екстра-/інтроверсія ($M=6,03$; $SD=2,55$), врівноваженість ($M=4,90$; $SD=1,98$), відкритість ($M=4,67$; $SD=1,72$) та реактивна агресивність ($M=4,38$; $SD=4,13$) – знаходяться у межах середнього рівня, що вказує на загалом помірну вираженість відповідних особистісних якостей. Показник за шкалою маскуліність-фемінність є найнижчим серед усіх ($M=1,75$; $SD=1,24$), що, згідно з ключем методики, відповідає низькому рівню (1-3 бали). Це свідчить про виражене домінування фемінінних рис у досліджуваних – емоційної чутливості, емпатичності, вразливості та ін.

Як бачимо, особистісний профіль вибірки характеризується емоційною нестабільністю, вразливістю до стресу та помірним рівнем саморегуляції, що може бути психологічним підґрунтям для виникнення соматичних симптомів.

Розглянемо результати дослідження за ключовим інструментом у межах даного дослідження – опитувальником «Деадаптивні порушення» (табл. 3)

Таблиця 3

**Описові статистики за шкалами опитувальника
«Деадаптивні порушення» (ДАП)**

	Mean	Median	SD
<i>Астенічні реакції і стани</i>	5.08	5.00	0.417

	Mean	Median	SD
<i>Психотичні реакції і стани</i>	4.83	5.00	1.010
<i>Інтегральна оцінка ДАП</i>	5.10	5.00	0.672

Сирі бали, отримані в ході роботи, були переведені у стени згідно з ключем методики. Отримані результати, що зазначені у табл. 3 дозволяють оцінити рівень адапційних можливостей досліджуваних і, відповідно, типи дезадапційних реакцій. Як бачимо з таблиці, за шкалою астеничних реакцій і станів середнє значення становить $M=5,08$ при $SD=0,417$. Схожа ситуація спостерігається за шкалою «Психотичні реакції і стани», де середнє значення $M=4,83$ при $SD=1,01$. Згідно з ключем методики, дані показники знаходяться на межі 2 і 3 рівнів стійкості до стресу, що свідчить про наявність не критичних, але чітко виражених дезадаптивних проявів, які потребують уваги фахівців. Інтегральний показник ДАП має середнє значення 5,10 при $SD=0,672$, що підтверджує наявність незначних дезадаптивних проявів у більшості досліджуваних, які потребують психологічної корекції і супроводу.

Аналіз розподілу учасників дослідження за рівнями вираженості дезадаптації на основі інтегрального показника засвідчив наступне. Переважна більшість досліджуваних (87,5 %) продемонстрували другий рівень – незначні порушення адаптації. Це може свідчити про наявність певних напружень у психоемоційній сфері, які, не призводять до критичних змін у поведінці чи повсякденному функціонуванні. Натомість 12,5% респондентів потрапили до категорії третього рівня – із наявністю очевидних ознак порушень адаптації. Це вказує на вираженіші дезадаптивні прояви, які потребують додаткової уваги та корекційного втручання.

З метою виявлення психологічної основи дезадаптивних стратегій досліджуваних, нами був здійснений кореляційний аналіз між проявами дезадаптації (за шкалами ДАП) та напруженістю основних механізмів психологічного захисту. Отримані результати дозволяють окреслити певні тенденції, що мають значення в рамках даного дослідження. Перевірка емпіричних розподілів на нормальність засвідчила, що частина шкал розподілені симетрично, частина – ні. Тож подальша обробка даних здійснювалась за допомогою непараметричних методів (табл. 4).

Таблиця 4

Результати кореляційного аналізу дезадаптивних стратегій і механізмів психологічного захисту

	Астеничні реакції і стани	Психотичні реакції і стани	Інтегральна оцінка ДАП
Витіснення	-0.001	0.108	0.112
Регресія	-0.089	0.007	-0.173
Заміщення	-0.138	-0.309	-0.326*
Заперечення	0.019	-0.025	-0.040
Проекція	-0.082	-0.190	-0.126

	Астенічні реакції і стани	Психотичні реакції і стани	Інтегральна оцінка ДАП
Компенсація	-0.354*	-0.176	-0.329*
Гіперкомпенсація	0.058	0.061	0.036
Раціоналізація	-0.118	-0.180	-0.051
Загальна напруженість захисних механізмів	-0.142	-0.109	-0.188

Примітка: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Як видно з табл. 4, інтегральний показник дезадаптивних порушень має обернену кореляцію з такими захисними механізмами, як заміщення ($r = -0,326$; $p < 0,05$) і компенсація ($r = -0,329$; $p < 0,05$). Це може свідчити про те, що чим активніше індивід використовує вказані способи психологічного захисту, тим нижчим є рівень її психоемоційної адаптації. Тобто вказані захисні механізми не несуть функції підтримки адаптаційних можливостей. Компенсація також має достовірний обернений зв'язок зі шкалою астенічних реакцій і станів ($r = -0,354$; $p < 0,05$). Враховуючи, що за ключем методики нижчі бали інтерпретуються як вищий рівень астенізованості, можна припустити, що активніше використання механізму компенсації асоціюється саме з підвищеною виснаженістю, слабкістю та зниженням життєвого тону (табл. 5).

Таблиця 5

Результати кореляційного аналізу дезадаптивних стратегій і шкал Фрайбузького особистісного опитувальника

	Астенічні реакції і стани	Психотичні реакції і стани	Інтегральна оцінка ДАП
Невротичність	-0.044	0.044	0.044
Спонтанна агресивність	-0.036	0.046	-0.017
Депресивність	-0.233	-0.223	-0.173
Дратівливість	-0.257	-0.005	-0.170
Товариськість	-0.199	0.085	-0.028
Врівноваженість	0.192	0.083	0.108
Реактивна агресивність	0.010	-0.171	0.097
Сором'язливість	0.255	0.037	0.240
Відкритість	-0.004	0.079	0.101
Екстраверсія-інтроверсія	0.056	0.210	0.082
Емоційна лабільність	-0.043	-0.038	0.004
Маскулінізм-фемінізм	-0.203	0.081	-0.214

Примітка: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Результати кореляційного аналізу за критерієм Спірмена (табл. 5) не виявили статистично значущих зв'язків між шкалами опитувальника «Деадаптивні порушення» (ДАП) та показниками Фрайбурзького особистісного опитувальника. Це може свідчити про надскладну природу дезадаптивних стратегій, які не зумовлюються окремими особистісними рисами, а формуються внаслідок складної взаємодії як внутрішніх, так і зовнішніх аспектів.

З метою глибшого розуміння специфіки дезадаптивних проявів у осіб із психосоматичними розладами було здійснено аналіз взаємозв'язків між шкалами опитувальника «Деадаптивні порушення» (ДАП) та показниками за Гіссенським опитувальником соматичних скарг (табл. 6).

Таблиця 6

Результати кореляційного аналізу дезадаптивних стратегій і шкал Гіссенського опитувальника соматичних скарг

	Астенічні реакції і стани	Психотичні реакції і стани	Інтегральна оцінка ДАП
Загальна виснаженість	0.007	-0.354*	-0.064
Шлунково-кишкові проблеми	0.175	-0.235	0.064
Біль в різних частинах тіла	0.045	0.027	0.101
Серцево-судинні проблеми	0.028	-0.175	0.059

Примітка: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

За результатами кореляційного аналізу, було виявлено обернений статистично значущий зв'язок між між психотичними реакціями і станами і загальною виснаженістю ($r = -0,354$; $p < 0,05$). Отриманий результат свідчить про те, що психотична реакція і, відповідно, стан супроводжується загальною виснаженістю і її симптомами. Обернена кореляція зумовлена особливістю шкал методики ДАП, де нижчий стан відповідає більш вираженій дезадаптації. Тож має місце тенденція: чим більше людина суб'єктивно відчуває виснаження, тим вищими будуть показники психологічної дезадаптації. Іншими словами, виражене фізичне виснаження пов'язане з більш вираженими дезадаптивними психічними проявами. І навпаки, ті, хто менш страждає фізичними симптомами виснаження, демонструють кращі результати за шкалою психотичних реакцій, що може свідчити про збережену здатність до психологічної адаптації.

Узагальнюючи вищевикладене, зазначимо, що незважаючи на невисокі значення кореляційних коефіцієнтів, отримані результати все ж окреслюють виразні тенденції, що становлять інтерес у контексті нашого дослідження. Зафіксовані зв'язки між дезадаптивними проявами та захисними механізмами, а також загальною соматичною виснаженістю дають підстави стверджувати про наявність певних закономірностей, які можуть бути враховані під час розробки практичних рекомендацій для осіб із психосоматичними розладами.

З метою виявлення потенційно різних психологічних профілів серед досліджуваних було застосовано кластерний аналіз методом К-середніх, що дозволило умовно розподілити вибірку на два кластери на основі

подібностей/відмінностей дезадаптивних проявів, захисних механізмів та особистісних характеристик досліджуваних. До першого кластера увійшло 32 досліджуваних, а до другого – 28. Частка варіації, поясненої відмінностями між кластерами, склала 11,6 %, що свідчить про наявність хоч і не різко виражених, проте цілком очевидних структурних відмінностей у межах вибірки. Це дає нам підстави говорити про існування двох типових психологічних профілів серед досліджуваних.

Перший кластер характеризується вищими значеннями за шкалами невротичності, депресивності, агресивності, дратівливості, емоційної лабільності та більшою напруженістю низки психологічних захистів. Зокрема, саме в цій групі переважають такі механізми, як витіснення, регресія, заміщення, компенсація, що свідчить про спроби внутрішньої адаптації до дестабілізуючих чинників. Ці респонденти демонструють знижену врівноваженість, а також порівняно нижчі показники товариськості та відкритості. При цьому, спостерігаються нижчі прояви соматизації. Такий тип профілю можна інтерпретувати як емоційно-вразливий з тенденцією до переважно неадаптивних способів регуляції.

Другий кластер, демонструє іншу конфігурацію показників – у цій групі спостерігається значно вищий рівень адаптивності, нижчий рівень емоційної напруженості, менше використання захисних механізмів, а також вищі значення за шкалою врівноваженості і нижчі – за шкалою емоційної лабільності. Цей профіль вирізняється більш адаптивним функціонуванням, більш стабільним емоційним фоном і менш вираженими проявами дезадаптації.

Попри те, що другий кластер демонструє більш стабільний емоційний фон та нижчу тенденцію до використання захисних механізмів, саме у цієї групи спостерігається вищий рівень соматизації за усіма критеріями, а особливо за показником болю в різних частинах тіла. Це може пояснюватися особливостями вираження емоцій: досліджувані першого кластера схильні більш відкрито і безпосередньо виражати власні переживання, навіть у неконструктивній чи конфліктній формі, що знижує рівень тілесної напруги. Натомість у другому кластері емоції, ймовірно, частіше стримуються або заміщуються соціально бажаними реакціями, що призводить до їхнього вираження у соматичній сфері. Таким чином, зовнішня емоційна врівноваженість може супроводжуватися прихованим тілесним дистресом.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Комплексний аналіз результатів емпіричного дослідження особливостей дезадаптивних стратегій поведінки осіб з психосоматичними порушеннями дозволив сформулювати наступні висновки:

- Виявлені закономірності підтверджують складну взаємодію особистісних, емоційних та соматичних чинників у структурі психосоматичних розладів.

- Результати дослідження дозволили виокремити два психологічні профілі досліджуваних, які відображають різні рівні адаптивності, механізми подолання дезадаптивних станів та особистісні особливості осіб із психосоматичними розладами.

- Зв'язок між дезадаптивними стратегіями поведінки та психосоматичними порушеннями виявляється через спільний психоемоційний профіль: емоційна нестійкість, схильність до депресивності, невірноваженість, знижена стресостійкість, а також неефективність окремих механізмів психологічного захисту.

Результати дослідження обґрунтовують необхідність у подальших розробках комплексного психокорекційного підходу, спрямованого на розвиток емоційної регуляції та адаптивних стратегій подолання стресу.

Література

1. Бочелюк В., Панов М., Спицька, Л. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми // Перспективи та інновації. – 2022. – №7(12). – С. 542–552.
2. Ісаков Р. І. Психосоматична патологія. – Київ : Медицина, 2023. – 167 с.
3. Шторк Т. Психоаналіз і психосоматика. – Львів : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2025. – 252 с.
4. Lazarus R.S. From psychological stress to the emotions: A History of Changing Outlooks // Annu. Rev. Psychol. – 1993. – Vol. 44. – P. 1–22.
5. Lytvynenko O.D., Lunov V.Y. The psychosomatic paradigm: integrative pathways in psychological counselling, clinical psychology and psychotherapy // Habitus. – 2025. – Iss. 70. – P. 195–301. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.70.55>.
6. McDougall J. Theaters of the Body : A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness. – New York : W. W. Norton & Company, 1989. – 687 p.
7. Smith J. Psychosomatic disorders: Approaches to therapy. – Cambridge: Cambridge University Press, 2017.
8. Frydenberg E. Beyond Coping. Meeting goals, visions and challenges. – Oxford University Press, 2006. – P. 272

References

1. Bocheliuk, V., Panov, M., & Spyt'ska, L. (2022). Psykhosomatychni rozlady: suchasnyi stan problemy [Psychosomatic disorders: Current state of the problem]. *Perspektyvy ta innovatsii – Perspectives and Innovations*, 7(12), 542–552 [in Ukrainian].
2. Isakov, R. I. (2023). *Psykhosomatychna patolohiia* [Psychosomatic pathology]. Kyiv: Medytsyna [in Ukrainian].
3. Shtork, T. (2025). *Psykhoanaliz i psykhosomatyka* [Psychoanalysis and psychosomatics]. Lviv: Vydavnytstvo Rostyslava Burlaky [in Ukrainian].
4. Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1–22.
5. Lytvynenko, O. D., & Lunov, V. Y. (2025). The psychosomatic paradigm: Integrative pathways in psychological counselling, clinical psychology and psychotherapy. *Habitus*, 70, 195–301. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.70.55>
6. McDougall, J. (1989). *Theaters of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. New York: W. W. Norton & Company.
7. Smith, J. (2017). *Psychosomatic disorders: Approaches to therapy*. Cambridge: Cambridge University Press.
8. Frydenberg, E. (2006). *Beyond coping: Meeting goals, visions and challenges*. Oxford: Oxford University Press.