

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет: Медико-фармацевтичний

Кафедра менеджменту охорони здоров'я та психології

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

01 вересня 2025 року



МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
ДО ЛЕКЦІЙ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
«ПСИХОСОМАТИКА: НОВІТНІ ПСИХОТЕХНІКИ»

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові науки»

Спеціальність: 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма: Практична психологія

Одеса - 2025

Затверджено:

Засіданням кафедри менеджменту охорони здоров'я та психології
Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від 25 серпня 2025 року

Завідувач кафедри



Олена РУДІНСЬКА

Розробники:

професор кафедри, д.псих.н., проф. Литвиненко О.Д.

доцент кафедри, к.псих.н., Ковальова М.В.

доцент кафедри, к.псих.н., доц. Цибух Л.М.

ТЕМА 1. Історія психосоматичної медицини та сучасні теорії. Принципи психосоматичної терапії

План лекції:

1. Історичний екскурс і класичні психосоматичні теорії
2. Розвиток психосоматичних теорій у XX ст.
3. Психодинамічні концепції особистості та психосоматики
4. Сучасні теоретичні моделі психосоматики
5. Принципи та психотехніки сучасної психосоматичної терапії

1. Історичний екскурс і класичні психосоматичні теорії

Психосоматична медицина як окремий напрям сформувалася на межі XIX–XX століть, коли з'явилася потреба пояснити вплив психічних факторів на виникнення і перебіг соматичних захворювань.

До цього моменту медицина розглядала людину переважно механістично, зосереджуючись на біологічних процесах. Психологічний стан пацієнта сприймався як вторинний або несуттєвий.

Перший значний крок до розвитку психосоматики зробив Зигмунд Фройд. Він вивчав феномен істерії та розробив конверсійну теорію, згідно з якою несвідомі емоційні конфлікти можуть "перетворюватися" на соматичні симптоми. Наприклад, пригнічені спогади чи витіснені переживання можуть проявлятися у вигляді паралічів, втрати голосу або болю без органічної причини. Ця ідея була революційною: уперше в історії хворобу почали розглядати не лише як тілесний процес, а як результат взаємодії психіки та тіла.

Важливий внесок зробив Волтер Кеннон. Він досліджував фізіологічні реакції організму на стрес та сформулював концепцію гомеостазу — здатності тіла підтримувати внутрішню стабільність попри вплив зовнішніх факторів. Кеннон описав феномен "fight or flight" ("бийся або тікай"): під дією стресу організм активізує симпатичну нервову систему, що призводить до підвищення частоти серцевих скорочень, викиду адреналіну, збільшення концентрації глюкози у крові. Ця реакція допомагала виживати в умовах небезпеки, але при хронічному стресі стає фактором ризику соматичних захворювань.

Розвиток цієї ідеї продовжив Ганс Сельє, який створив теорію загального адаптаційного синдрому. Він виділив три стадії стресової відповіді:

1. Тривога — організм мобілізує ресурси для подолання загрози.
2. Резистентність — тіло пристосовується, зберігаючи високу активність.
3. Виснаження — довготривалий стрес виснажує фізіологічні резерви, що може призводити до соматичних хвороб.

Ця концепція стала фундаментальною для сучасного розуміння того, як психоемоційний стан впливає на фізичне здоров'я.

У першій половині XX століття психосоматика отримала новий поштовх завдяки роботам Франца Александера — одного з основоположників сучасної психосоматичної медицини. Він запропонував концепцію "специфічних до хвороби конфліктів", яка полягала в ідеї, що певні емоційні конфлікти лежать в основі конкретних соматичних розладів. Ці погляди суттєво вплинули на практику психотерапії та медичної психології.

Інша дослідниця, Фанні Данбар, створила концепцію "особистісних профілів" соматичних хворих. Вона вважала, що тип особистості може підвищувати вразливість до певних хвороб, та виділила три типи особистості: коронарний тип А, гіпертонічний тип В, алергічний тип С та руйнівний тип особистості.

Наприкінці XX століття особливу увагу привернули дослідження французької школи психосоматики, заснованої П'єром Марти. Він увів поняття оперативного мислення — особливого когнітивного стилю пацієнтів із психосоматичними розладами: бідність емоційної виразності, труднощі у розумінні та вербалізації власних переживань, схильність концентруватися на тілесних симптомах, а не на психологічних причинах.

Ця концепція дала поштовх подальшим дослідженням алекситимії (П. Сіфнеос), яка тісно пов'язана з психосоматичними проблемами.

Отже, розвиток психосоматичної медицини на початковому етапі характеризувався:

пошуком зв'язку між емоційними станами та тілесними симптомами;
формуванням моделей, що пояснюють, як стрес і несвідомі конфлікти впливають на організм;
створенням основ для майбутніх інтегративних концепцій, які враховують психологічні, біологічні та соціальні фактори.

2. Розвиток психосоматичних теорій у XX ст.

У XX столітті психосоматична медицина розвивалася надзвичайно динамічно, поєднуючи психоаналітичні, фізіологічні та клінічні дослідження. Цей період став вирішальним у формуванні сучасного розуміння зв'язку між психікою та тілом, адже в центрі уваги опинилися не лише симптоми, але й особливості особистості, емоційні процеси та механізми адаптації до стресу. Одним із ключових етапів стала робота Франца Александера, який сформулював концепцію «специфічних до хвороби конфліктів». Він вважав, що за кожним психосоматичним розладом стоїть певний емоційний конфлікт, характерний для конкретної патології. Наприклад, тривале пригнічення агресії та ворожості може провокувати розвиток виразкової хвороби шлунка, а постійне почуття провини — патології серцево-судинної системи. Цей підхід вперше дав змогу пояснити, чому в різних людей на однаковий стресовий чинник організм реагує по-різному.

Ідеї Александера були розвинені Фанні Данбар, яка розробила концепцію особистісних профілів соматичних хворих. Вона досліджувала взаємозв'язок між рисами характеру та схильністю до певних захворювань. Цей підхід заклав основу сучасних біоповедінкових моделей, які досліджують, як психологічні особливості впливають на перебіг і прогноз хвороб.

Важливий внесок у розвиток психосоматичних теорій зробила французька школа на чолі з П'єром Марти. Він запровадив поняття оперативного мислення — особливого когнітивного стилю пацієнтів із психосоматичними розладами. Такі пацієнти часто характеризуються бідністю емоційної виразності, труднощами у розумінні й вербалізації власних почуттів, а також схильністю концентруватися на тілесних симптомах замість усвідомлення психологічних причин. Роботи Марти сприяли розвитку досліджень алекситимії, яку згодом описав Пітер Сіфнеос як неможливість людини розпізнавати та виражати власні емоції. Алекситимія розглядається як один із найважливіших факторів ризику психосоматичних порушень, оскільки накопичені невисловлені емоції знаходять вихід через соматичні симптоми.

Подальший розвиток психосоматичних концепцій у XX столітті також пов'язаний із дослідженнями механізмів стресу та адаптації. Роботи Ганса Сельє про загальний адаптаційний синдром показали, що хронічний стрес виснажує ресурси організму, роблячи його більш уразливим до соматичних захворювань. Було доведено, що реакція на стрес індивідуальна та залежить не лише від зовнішніх факторів, а й від психологічних особливостей людини.

Крім того, у цей період активно розвивалася концепція психофізіологічної єдності організму, що призвела до появи інтегративних теорій, таких як роботи Ганса Шефера та Діка Оудсхорна. Вони підкреслювали, що психосоматичні симптоми виникають унаслідок складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників. Такий підхід дозволив розглядати психосоматику не лише як медичну проблему, а як багатовимірний феномен, який потребує комплексної діагностики та терапії.

Отже, розвиток психосоматичних теорій у XX столітті визначався пошуком причинно-наслідкових зв'язків між емоційними процесами, особистісними характеристиками та соматичними симптомами, поступовим переходом від вузьких моделей до інтегративних, що враховують багатовимірну природу людини та її психофізіологічну єдність.

3. Психодинамічні концепції особистості та психосоматики

Психодинамічні концепції особистості та психосоматики посідають важливе місце в розвитку психосоматичної медицини, оскільки вони розглядають соматичні симптоми як прояв несвідомих внутрішніх конфліктів та особливостей структури особистості. Основою цього підходу є уявлення про те, що психічні процеси, які не знайшли свого вираження у свідомості або були витіснені, можуть «переміщуватися» у тіло й викликати розвиток соматичних розладів.

Тіло у цьому контексті розглядається як засіб вираження пригнічених емоцій, коли психіка не може впоратися зі стресом або внутрішнім напруженням.

Серед ключових дослідників цього напрямку важливе місце займають Пауль Федерн, Міхаель Балінт, Йоганнес Аммон та Джойс МакДугалл, які вивчали роль его-ідентичності у формуванні психосоматичних розладів. Вони підкреслювали, що недостатньо зріле Его, яке не здатне ефективно регулювати імпульси та справлятися з конфліктними ситуаціями, створює умови для виникнення психосоматичних симптомів. Люди з такою вразливою Его-структурою схильні до соматизації, оскільки їхня психіка не може знайти адекватний шлях для інтеграції сильних емоційних переживань, і вони «виходять» через тіло.

Значний внесок у розвиток психодинамічних підходів зробив Герберт Фрайбергер, який виокремив низку психодинамічних факторів, що впливають на розвиток психосоматичних порушень. До них належать конфлікти залежності та незалежності, труднощі встановлення та підтримання близькості, а також страх втрати контролю над власним тілом. Фрайбергер звертав увагу на те, що для багатьох пацієнтів із психосоматичними розладами характерне прагнення уникати емоційної відкритості у стосунках, що посилює внутрішню напругу і сприяє соматизації.

Важливими залишаються й роботи французької школи, зокрема концепція оператувального мислення П'єра Марти, яка тісно пов'язана з психодинамічними поглядами. Пацієнти з таким когнітивним стилем демонструють обмежену здатність до рефлексії, бідність уяви та емоційної експресії, а також надмірну увагу до тілесних симптомів. Їхні переживання часто залишаються на несвідомому рівні, що підвищує ризик формування психосоматичних проявів.

Дослідження алекситимії, запропонованої Пітером Сіфнеосом, також мають прямий зв'язок із психодинамічними концепціями. Алекситимія — це труднощі у розпізнаванні, диференціації та вербалізації власних емоцій. Люди з високим рівнем алекситимії часто не усвідомлюють, що переживають стрес, але їхнє тіло реагує соматичними симптомами. У психодинамічному розумінні це є наслідком блокування символізації емоційного досвіду.

Інтегративні концепції, розроблені Гансом Шефером та Діком Оудсхорном, поєднали класичні психодинамічні ідеї з сучасними знаннями про функціонування мозку та нейропсихологію. Вони підкреслювали, що соматичні симптоми виникають на перетині кількох рівнів — біологічного, психологічного й соціального, а несвідомі процеси відіграють у цьому важливу роль. Таким чином, психодинамічні підходи пояснюють психосоматичні розлади не як прямий результат стресу чи конфлікту, а як прояв складної взаємодії емоційних переживань, структури особистості та механізмів психологічного захисту.

Отже, психодинамічні концепції значно розширили розуміння природи психосоматичних захворювань, показавши, що тіло й психіка є нерозривно пов'язаними, а внутрішні конфлікти, несвідомі емоції та незріла структура особистості можуть проявлятися у формі соматичних симптомів.

4. Сучасні теоретичні моделі психосоматики

Сучасний етап розвитку психосоматичної медицини характеризується переходом від вузьких пояснювальних моделей до інтегративних підходів, які враховують складну взаємодію біологічних, психологічних і соціальних чинників. Однією з провідних у цьому контексті стала біопсихосоціальна модель, що розглядає людину як єдину систему, у якій тіло, психіка та соціальне оточення взаємопов'язані. Цей підхід пояснює, що розвиток і перебіг психосоматичних розладів не можна звести лише до органічних змін або емоційних переживань, адже на здоров'я впливають також особистісні особливості, рівень стресу, підтримка з боку близького оточення, а також соціально-культурний контекст. Біопсихосоціальна модель стала основою сучасних стандартів діагностики та лікування, зокрема у міжнародних класифікаційних системах DSM-5 і МКБ-11.

У DSM-5 психосоматичні розлади представлені переважно в категорії “соматоформних симптомів”, де акцент робиться на надмірній психологічній залученості у власні тілесні прояви, а також на впливі емоційних і когнітивних факторів на перебіг хвороби. У МКБ-11 психосоматичні проблеми описуються як “розлади, пов'язані з тілесними стражданнями”, де важливу роль

відведено психологічним механізмам формування та підтримки симптомів. Обидві системи визнають, що сучасна медицина не може ігнорувати психоемоційні процеси, адже саме вони часто визначають, як організм реагує на стрес і як відновлюється після хвороби.

Сучасні дослідження підкреслюють, що стрес та емоційні перевантаження є одними з головних тригерів психосоматичних захворювань. Нейропсихологія та нейробіологія пояснюють цей процес через механізми нейроендокринної регуляції. Хронічний стрес впливає на роботу гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, призводячи до дисбалансу гормонів і послаблення імунної системи, що підвищує ризик розвитку соматичних порушень. Водночас сучасні нейровізуалізаційні методи підтверджують, що емоційні переживання активують певні зони мозку, безпосередньо пов'язані з роботою внутрішніх органів, що демонструє глибинний зв'язок між психікою та тілом.

Значну роль у сучасній психосоматиці відіграє й дослідження алекситимії, яку сьогодні розглядають як важливий фактор ризику соматичних розладів. Пацієнти, які не можуть розпізнавати й вербалізувати власні емоції, схильні накопичувати емоційне напруження, яке знаходить вихід через соматичні симптоми. Це пояснює, чому лікування психосоматичних захворювань має враховувати роботу не лише з тілесними проявами, а й із емоційною сферою пацієнта.

Іншою сучасною тенденцією є розвиток інтегративних моделей, що поєднують знання з психодинаміки, когнітивно-поведінкової терапії, нейробіології та соціальної психології. Такі підходи розглядають психосоматичні розлади як результат одночасної дії кількох рівнів регуляції: біологічного, психологічного та соціального. Наприклад, депресія може посилювати перебіг серцево-судинних хвороб, а хронічне відчуття ізоляції чи втрати підтримки здатне впливати на імунну систему так само сильно, як і фізичний біль.

Сучасні теоретичні моделі психосоматики не лише описують механізми виникнення соматичних симптомів, але й визначають підхід до лікування. Вони лежать в основі мультидисциплінарної терапії, у якій об'єднуються зусилля лікарів, психотерапевтів, психіатрів та інших спеціалістів для комплексної допомоги пацієнтам. Таким чином, сучасні моделі дозволяють розглядати психосоматику як багатовимірну систему, у якій тіло та психіка взаємодіють у єдиному просторі, а успішне лікування можливе лише за умови інтегрованого підходу, що враховує всі аспекти життя людини.

5. Принципи та психотехніки сучасної психосоматичної терапії

Сучасна психосоматична терапія ґрунтується на інтегративному підході, який поєднує досягнення психології, психотерапії, медицини та нейронаук. Головна ідея полягає в тому, що лікування психосоматичних розладів неможливе без одночасного впливу на кілька рівнів — біологічний, психологічний та соціальний. Це забезпечує комплексне розуміння природи симптомів і дозволяє створити максимально ефективну програму допомоги пацієнту.

Одним із ключових принципів сучасної терапії є валідація — прийняття та підтвердження значущості переживань пацієнта. Важливо, щоб людина відчула, що її емоційні стани, стреси й тілесні симптоми є взаємопов'язаними й заслуговують на увагу. Паралельно реалізується мета редукції соматичних симптомів через поєднання психотерапевтичних методів і медичного втручання, коли це необхідно. Центральним завданням стає також покращення якості життя пацієнта, що включає роботу з емоційним станом, міжособистісними стосунками, стратегіями подолання стресу та поведінковими патернами, які впливають на перебіг хвороби.

Сучасна психосоматична терапія передбачає мультидисциплінарний підхід, коли взаємодіють кілька фахівців: психотерапевт, психіатр, лікар відповідного профілю, іноді — невролог, ендокринолог чи фізіотерапевт. Такий формат роботи дозволяє враховувати не лише психологічні причини симптомів, а й фізіологічні зміни в організмі, забезпечуючи повноцінний догляд. Особливо це важливо при хронічних психосоматичних захворюваннях, які вимагають тривалого спостереження та корекції способу життя.

У рамках сучасної терапії застосовуються різні психотехніки. Психодинамічні методи допомагають пацієнтам усвідомити несвідомі конфлікти та витіснені емоції, що лежать в основі соматичних симптомів. Робота з перенесенням і контрперенесенням дає змогу зрозуміти, як ранні дитячі переживання формують тілесні реакції на стрес у дорослому житті. Важливе місце

займають і когнітивно-поведінкові методи, спрямовані на зміну деструктивних установок та переконань щодо власного тіла й здоров'я. Наприклад, пацієнтів навчають розпізнавати автоматичні негативні думки, замінювати їх більш адаптивними та поступово змінювати поведінкові патерни, які погіршують стан організму.

Окрему увагу приділяють технікам роботи зі стресом. Це можуть бути методи релаксації, навчання дихальним практикам, тілесно-орієнтована терапія, майндфулнес і медитативні підходи. Такі інструменти допомагають знизити фізіологічне напруження, стабілізувати роботу нервової системи та відновити баланс між тілом і психікою. Ефективними виявляються також методи роботи з емоційною регуляцією, спрямовані на розвиток здатності розпізнавати, приймати та вербалізувати власні почуття. Це особливо актуально для пацієнтів із високим рівнем алекситимії, у яких невисловлені емоції часто проявляються через соматичні симптоми.

Сучасна психосоматична терапія активно спирається на принципи доказової медицини. Це означає, що обрані методи втручання мають підтверджену ефективність у клінічних дослідженнях і відповідають міжнародним стандартам допомоги. У лікуванні психосоматичних розладів важливо використовувати інструменти, ефективність яких перевірена науково, адже тільки так можна забезпечити стабільні результати.

Комплексний підхід дозволяє не лише зменшити вираженість соматичних симптомів, а й змінити ставлення пацієнта до власного тіла, сформувати навички емоційної саморегуляції та підвищити рівень усвідомленості. Таким чином, сучасна психосоматична терапія розглядає людину як цілісну систему та створює умови для відновлення фізичного і психологічного здоров'я, покращення загального добробуту та якості життя.

ПИТАННЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Назвіть основні концепції розвитку психосоматичної медицини та поясніть їх внесок у становлення дисципліни.
2. Опишіть концепцію десоматизації/ресоматизації та ідеї французької школи щодо оперативного мислення.
3. Поясніть роль алекситимії та теорій Его-ідентичності у розумінні психосоматичних розладів.
4. Охарактеризуйте психодинамічні фактори, описані Г. Фрайбергером, та їхній вплив на формування психосоматичних симптомів.
5. Порівняйте класичні психосоматичні концепції XX ст. з сучасними теоретичними моделями (біопсихосоціальна модель, DSM-5, МКБ-11).
6. Поясніть основні принципи сучасної психосоматичної терапії та їхнє значення для мультидисциплінарної допомоги пацієнтам

Рекомендована література

Основна:

1. Дейнека Л. Основи психосоматики : науково-допоміжний бібліографічний показник / Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, Бібліотека ; уклад. Л. Дейнека. – Луцьк, 2017.
2. Ісаков Р. І. Психосоматична патологія. – Київ : Медицина, 2023. – 167 с.
3. Литвиненко О. Д. Проблема психотравми у психологічній науці: основні погляди та підходи // Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія. – 2016. – Т. 21, вип. 1. – С. 180–186.
4. Литвиненко О. Д. Психосоматичний підхід до проблем психологічного здоров'я особистості // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. – 2016. – Т. 1, вип. 4. – С. 52–57.
5. Серeda І. В. Основи психосоматики : навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів з курсу за змішаною формою навчання. – Миколаїв, 2022. – 156 с.
6. Шторк, Т. Психоданаліз і психосоматика / Тімо Шторк ; наук. ред. З. Кечур. — Львів : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2025. — 252 с.

7. 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>

8. Zipfel S, Löwe B, Giel K, Friederich HC, Henningsen P. Implementing the biopsychosocial model in clinical medicine: a tribute to giovanni fava. *Psychother Psychosom*. 2023;92(1):21–6

Додаткова

1. Грицик О. Ю. Історія становлення психосоматики як напрямку науки // *Архіваріус*. – 2020. – № 7. – С. 24–26.

2. Литвиненко О. Д. Проблема психотравми у психологічній науці: основні погляди та підходи // *Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія*. – 2016. – Т. 21, вип. 1. – С. 180–186.

3. Alexander F. *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. – New York : W. W. Norton, 1979.

4. Bräutigam W., Paul C., Von Rad M. *Psychosomatische Medizin : Ein kurzgefaßtes Lehrbuch*. – Stuttgart : Thieme Georg Verlag, 1997. – 428 p.

5. Dunbar H. F. *Emotions and Bodily Changes: A Survey of Literature on Psychosomatic Interrelationships 1910–1933*. – New York : Columbia University Press, 1935.

6. Galdi M., Bruno E. Viana Campos. Theoretical models in psychosomatic psychoanalysis : a review // *Temas em Psicologia*. – 2017. – Vol. 25, № 1. – С. 29–40.

7. Paštar Zvonimir. *Psychoanalytic Concepts in Psychosomatics* // *Psihoterapija*. – 2024. – Vol. 38, № 1–2. – С. 58–82.

8. Remmers A. What Does Our Body Tell Us in Therapy? // *The Global Psychotherapist*. – 2021. – Vol. 1, № 2. – С. 41–44.

Електронні інформаційні ресурси

1. Актуальні проблеми психології». Наукові праці Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Режим доступу: <http://appspsychology.org.ua/index.php/ua/dlia-avtoriv>

2. Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського. Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/>

3. Психологічна бібліотека Київського Фонду сприяння розвитку психічної культури. Режим доступу: <http://psylib.kiev.ua/>

4. American Psychologist. Journal of American Psychological Association. Режим доступу: <https://www.apa.org/pubs/journals/amp/>

5. Journal of Personality and Social Psychology. Journal of American Psychological Association. Режим доступу: <https://www.apa.org/pubs/journals/psp/>

6. Science: (AAAS). Режим доступу: <http://www.sciencemag.org>

7. Taylor & Francis. Режим доступу: <http://www.informaworld.com>

8. World Association for Positive and Transcultural Psychotherapy [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.positum.org/> – (n.d.)

9. Positive and Transcultural Psychotherapy Journal [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.positum.org/ppt-journal/>.

ТЕМА 2. Формування психосоматичної структури особистості в онтогенезі

План лекції:

1. Концепція Дж. Мак-Дугалл: психосоматика як архаїчна форма психічного функціонування. Психосоматична реакція і психосоматична структура.
2. Роль матері у формуванні психосоматичної уразливості: емоційно-тілесна взаємодія, сомато-психічна матриця, поняття «внутрішньої матері».
3. Г. Аммон: психосоматика як структурне пошкодження Я. Тілесне (соматичне) Я, соматичні кордони, депресивногенна і шизофренногенна мати.
4. Теорія об'єктних відносин (М. Малер): порушення процесів сепарації-індивідуації, роль меж Я у формуванні психосоматичної структури особистості.
5. Психодинамічні чинники формування психосоматичної особистості (Мак-Дугалл, Аммон): інфантильні способи подолання емоційного болю, використання тіла як засобу комунікації.
6. Психосоматогенна сім'я та феномен «ідентифікованого пацієнта».
7. Основні психотехніки роботи з особистістю з психосоматичною структурою: психодинамічні, тілесно-орієнтовані та інтегративні підходи.

1. Концепція Дж. Мак-Дугалл: психосоматика як архаїчна форма психічного функціонування. Психосоматична реакція і психосоматична структура

Джойс Мак-Дугалл розглядає психосоматичні явища як архаїчну форму психічного функціонування, яка виникає тоді, коли емоційні переживання не знаходять символічного вираження та не інтегруються у свідомість. Вона стверджує, що у таких випадках тіло стає «мовою», через яку психіка передає пригнічені конфлікти, біль і тривогу. На відміну від звичайного психологічного опрацювання емоцій, коли переживання можуть бути усвідомлені, названі та виражені словами, при психосоматичній організації психіки «мовчить», а тіло починає «говорити». Цей підхід пояснює, чому у деяких людей виникають тілесні симптоми без явних органічних причин — вони виконують роль несвідомих посередників, коли психіка не справляється зі стресом.

Мак-Дугалл виділяє два ключові поняття — психосоматична реакція та психосоматична структура. Психосоматична реакція — це тимчасове тілесне порушення, що виникає у відповідь на сильний стрес або емоційне перевантаження. Зазвичай після усунення стресового чинника або успішної психотерапевтичної роботи симптоми можуть зникати. Натомість психосоматична структура особистості формується у процесі онтогенезу, коли від самого дитинства не створюються умови для емоційної символізації й психічної інтеграції досвіду. Для людей із такою структурою характерна хронічна психосоматична уразливість, що проявляється схильністю до частих тілесних симптомів, труднощами у вираженні емоцій і обмеженою здатністю до рефлексії.

Згідно з концепцією Мак-Дугалл, така форма психічного функціонування виникає ще на ранніх етапах розвитку, коли дитина не отримує достатньої емоційної підтримки й не набуває досвіду безпечного переживання власних почуттів. Відсутність «утримувального середовища», де емоції можна було б інтегрувати, призводить до того, що тіло стає основним каналом вираження внутрішніх конфліктів. У майбутньому такі люди можуть мати труднощі з усвідомленням власних станів, часто схильні до алекситимії, а їхнє тіло реагує соматичними симптомами на будь-яке перевантаження.

Таким чином, концепція Джойс Мак-Дугалл пояснює психосоматику як первинний, досимволічний спосіб реагування на емоційні труднощі, який формується у дитинстві й визначає вразливість людини до розвитку психосоматичних розладів упродовж життя.

2. Роль матері у формуванні психосоматичної уразливості: емоційно-тілесна взаємодія, сомато-психічна матриця, поняття «внутрішньої матері»

Роль матері у формуванні психосоматичної структури особистості є фундаментальною, оскільки саме на ранніх етапах життя встановлюється емоційно-тілесний зв'язок між дитиною та матір'ю, який стає основою подальшого розвитку психічних і соматичних процесів. У перші місяці та роки життя дитина ще не може розділяти власні емоційні й тілесні стани: голод, біль, тривога чи відчуття безпеки сприймаються як єдине ціле. Мати виступає головним посередником між внутрішнім світом дитини та зовнішньою реальністю, і саме її здатність до емоційного налаштування, тілесного контакту та відповідності потребам малюка визначає якість формування сомато-психічної матриці.

Сомато-психічна матриця — це система первинних тілесно-емоційних взаємодій, яка створює основу для подальшої здатності дитини регулювати емоції, розпізнавати свої стани й формувати відчуття цілісності власного «Я». Якщо мати реагує на сигнали дитини чутливо та послідовно, відбувається інтеграція досвіду: тіло поступово «навчається», що емоційні переживання можна витримати, а напруга може бути знижена через контакт і підтримку. У такому випадку психіка розвиває здатність символізувати внутрішні стани, що є важливим захисним фактором від майбутніх психосоматичних порушень.

Однак у випадках, коли мати емоційно недоступна, тривожна, холодна або непередбачувана, дитина може не отримати достатнього досвіду безпечного вираження й проживання почуттів. Це створює психосоматичну уразливість: внутрішні конфлікти, страхи й напруга залишаються неусвідомленими й проявляються через тіло. Такі діти в майбутньому частіше демонструють труднощі з розпізнаванням власних емоцій, схильність до алекситимії та розвиток соматичних симптомів у відповідь на стрес.

Важливим поняттям у цій концепції є «внутрішня мати» — психічний образ материнської фігури, який дитина формує у процесі ранньої взаємодії. Якщо досвід із реальною матір'ю був позитивним, «внутрішня мати» стає джерелом підтримки й внутрішньої стабільності у дорослому житті. Навпаки, у разі недостатньої чутливості або травматичного досвіду, цей образ може залишатися фрагментованим, що знижує здатність до емоційної регуляції та підвищує ризик соматизації.

Таким чином, якість раннього емоційно-тілесного контакту між матір'ю та дитиною формує основу для подальшого психічного розвитку й визначає ступінь психосоматичної уразливості. Безпечна прив'язаність, теплий тілесний контакт і здатність матері «утримувати» емоційні стани дитини створюють передумови для інтегрованої психосоматичної структури особистості, тоді як емоційна депривація або непослідовність у взаємодії можуть закладати схильність до соматичних симптомів у майбутньому.

3. Г. Аммон: психосоматика як структурне пошкодження Я. Тілесне (соматичне) Я, соматичні кордони, депресивногенна і шизофренногенна мати

Генріх Аммон розглядає психосоматику через призму структури особистості та вважає, що розвиток психосоматичних симптомів часто пов'язаний із порушеннями у формуванні Я. У його концепції психосоматичні розлади розглядаються як структурне пошкодження Я, яке виникає внаслідок недостатнього розвитку або ослаблення его-функцій на ранніх етапах онтогенезу. Основним завданням Его є забезпечення цілісності особистості, регуляція емоцій і встановлення чітких меж між внутрішнім світом людини та зовнішнім середовищем. Якщо цей процес порушується, тіло починає «говорити» замість психіки, що проявляється соматичними симптомами.

Одним із центральних понять у теорії Аммона є «тілесне» або «соматичне Я». Це уявлення про власне тіло, його цілісність, межі та здатність відчувати себе в безпеці у фізичному просторі. У нормі формування соматичного Я відбувається завдяки чутливому й послідовному догляду з боку матері, її здатності забезпечити тілесний комфорт, емоційний захист і передбачуваність взаємодії. Коли цей процес проходить гармонійно, людина розвиває чіткі соматичні кордони — внутрішнє відчуття, що тіло належить їй, є захищеним і контрольованим. Це створює основу для здорового психосоматичного функціонування.

Однак за умов емоційної депривації, непередбачуваних реакцій або недостатньої підтримки з боку матері, соматичне Я може формуватися фрагментовано. У таких випадках тіло сприймається як ненадійне або навіть чужорідне, що робить людину більш вразливою до соматичних симптомів. Аммон описував вплив двох патологічних материнських фігур на розвиток особистості: депресивногенної та шизофренногенної матері.

Депресивногенна мати зазвичай емоційно відсторонена, пасивна й не здатна адекватно відгукуватися на сигнали дитини. Такий досвід породжує у малюка почуття емоційної покинутості й самотності, що у майбутньому може призводити до порушень емоційної регуляції та психосоматичної уразливості.

Шизофренногенна мати, навпаки, демонструє непослідовність у поведінці, поєднуючи надмірну тривожність, вторгнення в особистий простір дитини та емоційно суперечливі сигнали. Це заважає малюкові формувати чіткі кордони Я, провокує хронічне напруження та відчуття небезпеки. Як наслідок, тіло стає головним каналом вираження емоційних конфліктів, а психосоматичні симптоми виконують роль сигналу про внутрішню нестабільність.

Аммон також підкреслює, що ефективна психотерапія пацієнтів із психосоматичною організацією особистості має бути спрямована на відновлення Я-ідентичності та інтеграцію тілесного досвіду у свідоме життя. Терапевтичний процес допомагає пацієнтам розпізнавати й називати власні емоції, встановлювати чіткі межі та відновлювати почуття цілісності. Це сприяє формуванню більш стабільної структури особистості й зменшує схильність до соматизації.

Таким чином, концепція Г. Аммона підкреслює, що психосоматичні розлади є наслідком недостатнього розвитку Его та порушення тілесної ідентичності, що формуються в ранньому дитинстві у взаємодії з материнською фігурою. Відновлення цих структурних елементів у процесі психотерапії є ключовим завданням роботи з такими пацієнтами.

4. Теорія об'єктних відносин (М. Малер): порушення процесів сепарації-індивідуації, роль меж Я у формуванні психосоматичної структури особистості

Теорія об'єктних відносин Маргарет Малер розглядає формування психосоматичної структури особистості крізь призму раннього розвитку дитини та її стосунків із материнською фігурою. Основна увага приділяється процесу сепарації-індивідуації, який визначає здатність людини відокремлювати власне «Я» від об'єкта прихильності та формувати цілісну ідентичність. За Малер, порушення цього процесу можуть істотно впливати на становлення психосоматичної організації особистості та підвищувати ризик соматичних проявів.

На початкових етапах життя дитина перебуває у стані симбіозу з матір'ю, коли її власне тіло, почуття та потреби не відокремлюються від материнських. Поступово, у процесі сепарації-індивідуації, дитина починає усвідомлювати себе як окрему істоту, розвиває здатність регулювати власні емоційні стани та встановлювати межі Я. У нормі мати відіграє роль «безпечної бази»: вона забезпечує достатню емоційну підтримку й одночасно дозволяє дитині досліджувати світ і набувати автономії.

Якщо ж процес сепарації-індивідуації порушується, формування меж Я стає неповним або нестабільним. У таких випадках дитина не набуває досвіду інтеграції емоційного й тілесного досвіду, що створює передумови для психосоматичної уразливості. Внутрішні конфлікти, які не можуть бути символізовані або виражені словами, фіксуються на тілесному рівні, і тіло починає виконувати функцію комунікації. Таким чином, психосоматичні симптоми часто стають непрямим способом вираження неусвідомлених переживань.

Малер також підкреслювала важливість постійності об'єкта — здатності зберігати у психіці стабільний образ материнської фігури, навіть за її відсутності. Якщо цей образ формується адекватно, дитина отримує внутрішнє відчуття захищеності, яке згодом допомагає їй справлятися зі стресом і розчаруваннями без необхідності «використовувати тіло» як спосіб вираження емоційного болю. Якщо ж постійність об'єкта не розвивається, відсутність стабільної внутрішньої підтримки може посилити ризик соматизації.

У контексті психосоматики порушення процесів сепарації-індивідуації призводить до недостатнього формування соматичних кордонів — здатності відчувати тіло як власне та довіряти його реакціям. Люди з такими труднощами часто відчують себе вразливими, надмірно

чутливими до тілесних сигналів і водночас неспроможними адекватно інтерпретувати власні емоційні стани. Це створює умови для появи соматичних симптомів як несвідомого способу регуляції внутрішнього напруження.

Таким чином, теорія Маргарет Малер пояснює, що якість ранніх об'єктних відносин і успішність процесу сепарації-індивідуації безпосередньо впливають на становлення психосоматичної структури особистості. Недостатня сформованість меж Я та відсутність стабільного внутрішнього образу підтримуючого об'єкта створюють схильність до соматизації та тілесних проявів емоційних конфліктів у подальшому житті.

5. Психодинамічні чинники формування психосоматичної особистості (Мак-Дугалл, Аммон): інфантильні способи подолання емоційного болю, використання тіла як засобу комунікації

Психодинамічні підходи до формування психосоматичної структури особистості пояснюють тілесні симптоми як наслідок незавершених емоційних процесів, витіснених переживань та неусвідомлених конфліктів, які виникають на ранніх етапах розвитку. Джойс Мак-Дугалл і Генріх Аммон розглядали психосоматику як результат обмеженої здатності психіки символізувати власні емоційні стани. Коли внутрішній досвід не може бути виражений словами або опрацьований через психічні механізми, тіло стає основним каналом комунікації несвідомого змісту.

Мак-Дугалл підкреслювала, що для пацієнтів із психосоматичною організацією характерні інфантильні способи подолання емоційного болю. Такі люди часто не мають сформованих навичок розпізнавання та вербалізації власних почуттів, що робить їх більш вразливими до соматизації. Коли дитина у ранньому віці не отримує адекватної підтримки від матері й не має можливості безпечно виражати свої емоції, вона «навчається» уникати їх через несвідоме витіснення. Тіло починає «говорити» замість психіки, формуючи соматичні симптоми як спосіб переживання і водночас прихованого повідомлення про внутрішній біль.

Генріх Аммон розглядав ці процеси крізь призму структурних порушень Я. Коли его-функції не розвиваються достатньо, людина має труднощі зі встановленням чітких меж між власними емоційними станами та тілесними проявами. Це призводить до фрагментації тілесного Я: тіло перестає бути стабільним опорним центром і стає ареною для прояву несвідомих конфліктів. За Аммоном, у таких пацієнтів часто відсутнє відчуття тілесної цілісності, що робить їх надзвичайно чутливими до фізіологічних змін, які переживаються як загроза для існування.

Важливою рисою психосоматичної організації є використання тіла як засобу комунікації. Коли емоції не усвідомлюються і не можуть бути передані словами, тіло починає виконувати функцію мови, сигналізуючи про внутрішній стан через соматичні симптоми. Таким чином, тілесні прояви набувають подвійного значення: вони одночасно виражають емоційний біль і приховують його, оскільки сам пацієнт часто не розуміє справжньої причини свого стану.

Мак-Дугалл і Аммон відзначали, що такі пацієнти зазвичай демонструють обмежену здатність до фантазії та символізації, схильність до алекситимії та недостатньо розвинені механізми саморегуляції. Їм важко усвідомлювати власні потреби, вони часто шукають зовнішнього підтвердження, що робить їх залежними від тілесних сигналів. Це створює замкнене коло: чим більше емоційних переживань залишається неусвідомленими, тим сильніше тіло «говорить» за психіку.

У психотерапевтичній роботі з такими клієнтами важливо поступово розвивати здатність до усвідомлення власних емоцій, формувати навички емоційної регуляції й відновлювати цілісність Я. Цей процес передбачає створення безпечного середовища, де пацієнт може навчитися розпізнавати й вербалізувати свої переживання, поступово знижуючи потребу «говорити тілом».

Таким чином, психодинамічні концепції пояснюють психосоматичні розлади як наслідок ранніх емоційних травм і недостатньої зрілості Его, що призводить до використання тіла як основного засобу комунікації з навколишнім світом.

6. Психосоматогенна сім'я та феномен «ідентифікованого пацієнта»

Психосоматичні симптоми часто формуються не лише як індивідуальна відповідь на стрес чи емоційний біль, а й у контексті сімейної системи, де динаміка взаємин визначає спосіб вираження почуттів і конфліктів. У таких випадках говорять про психосоматогенну сім'ю — сім'ю, в якій особливості комунікації, ролей і емоційного клімату сприяють розвитку соматичних розладів у одного чи кількох її членів.

Для психосоматогенних сімей характерні висока емоційна злитість, відсутність чітких особистісних меж і низький рівень індивідуальної автономії. Почуття, переживання та навіть тілесні реакції часто не належать окремим членам родини, а ніби розчиняються у спільному емоційному полі. У таких умовах дитина не вчиться розпізнавати та виражати власні емоції, оскільки пріоритетом є підтримання «сімейної рівноваги» та уникнення відкритих конфліктів. Як наслідок, непроговорені почуття знаходять вихід через тіло, формуючи основу для соматизації.

У психосоматогенній сім'ї часто виникає феномен «ідентифікованого пацієнта» — це член сім'ї, який бере на себе несвідому роль «носія» сімейних конфліктів, виражаючи їх через тілесні симптоми. У більшості випадків цією людиною є дитина, яка несвідомо «захищає» сімейну систему від розпаду, відволікаючи увагу батьків від глибинних конфліктів. Симптоми дитини стають центральною темою життя сім'ї, об'єднуючи її навколо спільної проблеми та знімаючи напругу, яка могла б проявитися у відкритих суперечках.

Такий механізм має подвійний ефект: з одного боку, симптоми виконують стабілізуючу функцію для сімейної системи, з іншого — формують у дитини психосоматичну уразливість, оскільки тіло стає головним інструментом комунікації й адаптації. Дитина вчиться, що власні потреби та емоції можуть бути визнані лише через хворобу, а тілесний симптом стає своєрідною «мовою» для отримання уваги й турботи.

Крім того, психосоматогенні сім'ї часто характеризуються емоційною закритістю та недостатньою підтримкою індивідуальності. Важливі теми замовчуються, конфлікти ігноруються або заперечуються, а вираження негативних почуттів вважається небажаним. У результаті внутрішня напруга накопичується, знаходячи вихід через соматичні прояви. Цей патерн може передаватися між поколіннями, коли діти, виростаючи, відтворюють ті ж самі стратегії емоційного уникнення у власних сім'ях.

У психотерапевтичній роботі з такими сім'ями важливо звертати увагу не лише на окремого пацієнта, а й на систему стосунків загалом. Ефективними вважаються підходи, що поєднують індивідуальну психодинамічну терапію з елементами сімейної терапії, допомагаючи членам родини вчитися розпізнавати власні почуття, говорити про них і встановлювати здорові межі.

Таким чином, феномен психосоматогенної сім'ї та «ідентифікованого пацієнта» демонструє, що психосоматичні симптоми часто є відображенням не лише особистісних проблем, а й системних сімейних процесів, у яких тіло бере на себе роль виразника прихованих конфліктів і непроговорених емоцій.

7. Основні психотехніки роботи з особистістю з психосоматичною структурою: психодинамічні, тілесно-орієнтовані та інтегративні підходи

Робота з особистістю, яка має психосоматичну структуру, вимагає комплексного та багаторівневого підходу, оскільки тіло у таких пацієнтів часто виступає головним каналом вираження несвідомих конфліктів, а психічні процеси тісно переплетені з соматичними. Сучасна психотерапія використовує поєднання психодинамічних, тілесно-орієнтованих та інтегративних методів, що дозволяє працювати як із глибинними емоційними переживаннями, так і з тілесними проявами стресу, напруги й травми.

Психодинамічні психотехніки спрямовані на усвідомлення несвідомих конфліктів, що лежать в основі соматичних симптомів. Основна мета роботи — допомогти пацієнту навчитися розпізнавати, називати й символізувати власні почуття, замість того щоб виражати їх через тіло. У терапевтичному процесі активно досліджуються феномени перенесення і контрперенесення: емоції, пов'язані з ранніми стосунками, повторюються у взаємодії з терапевтом і поступово ін-

тегруються у свідомість пацієнта. Робота з такими клієнтами зазвичай тривала й глибока, адже формування психосоматичної структури особистості часто пов'язане з ранніми травмами та дефіцитом емоційної підтримки у дитинстві.

Тілесно-орієнтовані підходи допомагають відновити зв'язок між тілом і психікою, підвищити рівень усвідомленості тілесних відчуттів та навчити пацієнта новим способам регуляції емоцій. Такі методи включають дихальні практики, релаксаційні техніки, глибинну м'язову роботу та сенсомоторну інтеграцію. Особливо ефективними є підходи, що дозволяють пацієнтові дослідити й відчути власні межі тіла, повертаючи йому відчуття цілісності та безпеки. Важливе місце займають також техніки роботи з тілесною пам'яттю, які допомагають вивільнити заблоковані емоції, пов'язані з ранніми травмами.

Інтегративні методи поєднують психодинамічні та тілесно-орієнтовані інструменти, а також елементи когнітивно-поведінкової терапії та сучасних підходів, спрямованих на розвиток навичок саморегуляції. Особливу роль відіграють майндфулнес-практики, які допомагають навчитися спостерігати за власними відчуттями та емоціями без оцінювання, розвиваючи внутрішню стабільність і здатність залишатися в контакті зі своїм тілом.

У роботі з такими пацієнтами важливо також враховувати мультидисциплінарний підхід. Найкращі результати досягаються тоді, коли психотерапевт взаємодіє з лікарями, психіатрами та іншими спеціалістами, що дозволяє одночасно працювати із соматичними проявами хвороби та глибинними психологічними чинниками.

Завдання терапевта полягає не лише у зменшенні соматичних симптомів, а й у відновленні Я-ідентичності, розвитку здатності до символізації, інтеграції емоцій та побудови нових способів комунікації, які не потребують використання тіла як основного «мовного» інструменту. Коли пацієнт поступово навчається розпізнавати свої емоційні стани й усвідомлювати зв'язок між психікою та тілом, зменшується частота психосоматичних реакцій і підвищується якість життя.

Таким чином, сучасна робота з особистістю з психосоматичною структурою ґрунтується на поєднанні глибинного психоаналітичного аналізу, тілесних технік та інтегративних інструментів, що дозволяють відновити баланс між тілом і психікою та створити основу для більш здорового функціонування на всіх рівнях.

ПИТАННЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. У чому полягає концепція Дж. Мак-Дугалл щодо психосоматики як архаїчної форми психічного функціонування?
2. Яким чином материнська взаємодія та феномен «внутрішньої матері» визначають психосоматичну уразливість індивіда?
3. Як Г. Аммон трактує психосоматику у контексті структурного пошкодження Я та соматичних кордонів особистості?
4. Яке значення має теорія об'єктних відносин М. Малер для розуміння порушень процесу сепарації-індивідуації у формуванні психосоматичної структури особистості?
5. Які психодинамічні механізми інфантильного подолання емоційного болю виявляються через тілесні прояви та використання тіла як засобу комунікації?
6. Що таке психосоматогенна сім'я та як феномен «ідентифікованого пацієнта» функціонує в її динаміці?

Рекомендована література

Основна:

1. Дейнека Л. Основи психосоматики : науково-допоміжний бібліографічний показник / Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, Бібліотека ; уклад. Л. Дейнека. – Луцьк, 2017.
2. Ісаков Р. І. Психосоматична патологія. – Київ : Медицина, 2023. – 167 с.

3. Серeda I. B. Основи психосоматики : навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів з курсу за змішаною формою навчання. – Миколаїв, 2022. – 156 с.
4. Шторк, Т. Психоаналіз і психосоматика / Тімо Шторк ; наук. ред. З. Кечур. — Львів : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2025. — 252 с.
5. Zipfel S, Löwe B, Giel K, Friederich HC, Henningsen P. Implementing the biopsychosocial model in clinical medicine: a tribute to giovanni fava. *Psychother Psychosom.* 2023;92(1):21–6

Додаткова

1. Жадленко І., Панов М. Сучасні підходи до проблеми психосоматичних розладів // *Innovations and prospects of world science : Proceedings of XIII International Scientific and Practical Conference (Canada, 17–19 August 2022 p.).* – Vancouver, Canada, 2022. – P. 178–183.
2. Abbass A, Town J, Holmes H, Luyten P, Cooper A, Russell L, Lumley MA, Schubiner H, Allinson J, Bernier D, De Meulemeester C, Kroenke K, Kisely S. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Functional Somatic Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychother Psychosom.* 2020;89(6):363–370. doi: 10.1159/000507738. Epub 2020 May 19. Erratum in: *Psychother Psychosom.* 2020;89(6):408. doi: 10.1159/000508894. PMID: 32428905.
3. McDougall J. *Theaters of the Body : A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness.* – New York : W. W. Norton & Company, 1989. – 687 p.
4. Remmers A. What Does Our Body Tell Us in Therapy? // *The Global Psychotherapist.* – 2021. – Vol. 1, № 2. – С. 41–44.

Електронні інформаційні ресурси

1. Актуальні проблеми психології». Наукові праці Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Режим доступу: <http://appspsychology.org.ua/index.php/ua/dlia-avtoriv>
2. Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського. Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/>
3. Психологічна бібліотека Київського Фонду сприяння розвитку психічної культури. Режим доступу: <http://psylib.kiev.ua/>
4. American Psychologist. Journal of American Psychological Association. Режим доступу: <https://www.apa.org/pubs/journals/amp/>
5. Journal of Personality and Social Psychology. Journal of American Psychological Association. Режим доступу: <https://www.apa.org/pubs/journals/psp/>
6. Science: (AAAS). Режим доступу: <http://www.sciencemag.org>
7. Taylor & Francis. Режим доступу: <http://www.informaworld.com>
8. World Association for Positive and Transcultural Psychotherapy [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.positum.org/> – (n.d.)
9. Positive and Transcultural Psychotherapy Journal [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.positum.org/ppt-journal/>.

ТЕМА 3. Депресія, соматизований і іпохондричний розлад

План лекції:

1. Клінічні форми депресії: маскована та вегетативна депресія (Р. Лемке), циклотимія, субдепресивний синдром, сезонні афективні розлади, дистимія, соматизована дистимія, реактивна депресія.
2. Психодинамічні концепції депресії: З. Фрейд, К. Абрахам, М. Кляйн, Г. Аммон, Д. Хелл – міжособистісні відносини., К. Хорні, Р. Телле, В. Бройтігам – тривожна гіперопіка та оральна залежність.
3. Когнітивно-поведінкові та інтегративні моделі депресії: Сучасні когнітивно-поведінкові концепції та їх доказовість.
4. Соматоформні та іпохондричні розлади: синдром «альбатроса», соматизовані розлади, іпохондрія, дисморфофобія; особистісні риси пацієнтів.
5. Сучасна діагностика: критерії DSM-5, МКБ-11; валідні інструменти діагностики.
6. Сучасні психотехніки та принципи психотерапії.

1. Клінічні форми депресії: маскована та вегетативна депресія (Р. Лемке), циклотимія, субдепресивний синдром, сезонні афективні розлади, дистимія, соматизована дистимія, реактивна депресія

Депресія є багатогранним явищем, що проявляється у різноманітних клінічних формах, які відрізняються як за перебігом, так і за характером симптоматики. Однією з найцікавіших форм є маскована депресія, при якій класичні ознаки пригніченого настрою відсутні або виражені мінімально, тоді як на перший план виходять соматичні прояви — хронічна втома, біль у тілі, порушення сну, проблеми з апетитом або травленням. Такі пацієнти часто звертаються за медичною допомогою з тілесними скаргами, не усвідомлюючи їхній психогенний характер.

Особливе місце займає вегетативна депресія, описана Р. Лемке, яка супроводжується дисфункціями вегетативної нервової системи: серцебиттям, коливаннями тиску, відчуттям нестачі повітря, пітливістю чи запамороченнями. Цей стан часто плутають із діагнозом вегетосудинної дистонії, що призводить до надмірної медикалізації без урахування психологічних факторів.

Інша форма депресії — циклотимія — проявляється коливаннями настрою між легкими депресивними та гіпоманіакальними станами. Пацієнти з циклотимією часто залишаються соціально активними, однак схильні до перепадів енергії й настрою, що може створювати труднощі у міжособистісних стосунках.

Субдепресивний синдром відзначається менш вираженою симптоматикою: пацієнти часто відчувають втому, зниження працездатності, нестійкий настрій, але зберігають відносну адаптивність у повсякденному житті. Водночас такий стан часто переходить у більш тяжкі депресивні розлади, якщо не розпізнати його вчасно.

Сезонні афективні розлади характеризуються періодичними епізодами пригніченого настрою, що зазвичай виникають у холодні пори року, коли зменшується кількість природного світла. Симптоми включають апатію, сонливість, переїдання, втрату інтересу до звичних занять і потребують специфічного лікування, зокрема світлотерапії.

Серед хронічних форм депресії особливу увагу приділяють дистимії — тривалому стану пригніченого настрою, який може тривати роками. Люди з дистимією часто звикають до власного пригніченого стану, сприймаючи його як частину характеру, що ускладнює діагностику та лікування.

Соматизована дистимія є варіантом дистимії, де емоційні симптоми замасковані під тілесні скарги — біль у м'язах, проблеми з травленням, хронічна втома. Пацієнти часто звертаються до лікарів різних спеціальностей, проходять численні обстеження, але не отримують полегшення, оскільки психогенна основа симптомів залишається непоміченою.

Окремо виділяють реактивну депресію, яка розвивається у відповідь на значущі життєві події або психотравмуючі фактори. Ця форма депресії зазвичай має чіткий початок, пов'язаний із конкретним стресором, і може проходити після опрацювання втрати або вирішення конфліктної ситуації.

Таким чином, клінічні форми депресії охоплюють широкий спектр станів — від прихованих і маскованих форм до хронічних і реактивних, що вимагає диференційованого підходу до діагностики та терапії, враховуючи як психологічні, так і соматичні аспекти.

2. Психодинамічні концепції депресії: З. Фрейд, К. Абрахам, М. Кляйн, Г. Аммон, Д. Хелл – міжособистісні відносини, К. Хорні, Р. Телле, В. Бройтігам – тривожна гіперопіка та оральна залежність

Психодинамічні підходи до розуміння депресії розглядають її не лише як біологічний чи емоційний стан, а як наслідок несвідомих конфліктів, пов'язаних із раннім розвитком особистості, об'єкними відносинами та способом переживання втрат. Різні автори пропонували власні концепції, проте всі вони сходяться на тому, що депресія є результатом порушень у сфері самосприйняття, стосунків із близькими та внутрішніх захисних механізмів.

Зигмунд Фрейд першим описав депресію як наслідок втрати значущого об'єкта або любовного розчарування. У своїй роботі *«Скорбота і меланхолія»* він розрізняв нормальну скорботу, що виникає після реальної втрати, і патологічну меланхолію, за якої втрата інтроєктується у внутрішній світ людини. Це призводить до агресії, спрямованої на власне «Я», почуття провини та знецінення себе. Фрейд вважав, що депресивний стан пов'язаний із несвідомим конфліктом між любов'ю та агресією, коли непрожитий гнів повертається всередину.

Карл Абрахам розвивав ідеї Фрейда, звертаючи увагу на оральну стадію розвитку. Він вважав, що люди, які пережили дефіцит турботи й тепла у ранньому дитинстві, залишаються фіксованими на оральних потребах і більш схильні до депресивних станів. Депресія, за Абрахамом, виникає як реакція на втрату любові й супроводжується почуттям безпорадності та спустошення.

Мелані Кляйн підкреслювала роль внутрішніх об'єктних відносин у розвитку депресії. Вона описала так звану депресивну позицію — етап розвитку, коли дитина усвідомлює амбівалентність об'єкта любові: мати може бути одночасно джерелом задоволення й фрустрації. Якщо цей конфлікт не інтегрується, у дорослому житті виникає схильність до провини, самозвинувачення та депресивних переживань.

Генріх Аммон розглядав депресію як наслідок структурного пошкодження Я. Він вважав, що депресивний стан розвивається, коли Его не здатне адекватно регулювати внутрішні конфлікти й підтримувати почуття цілісності. Особливу увагу Аммон приділяв нарцистичній депресії, яка виникає, коли людина стикається з втратою ідеалізованого образу себе або близьких.

Дітмар Хелл підкреслював роль міжособистісних стосунків у формуванні депресії. Він зазначав, що проблеми у сфері близьких стосунків, дефіцит емоційної підтримки чи відчуття відторгнення можуть бути тригерами розвитку депресивних станів.

Карен Хорні розглядала депресію через призму «тиранії повинності» — внутрішніх вимог, які людина ставить собі під впливом соціальних очікувань та раннього виховання. Коли реальне «Я» не відповідає ідеалізованому образу, формується глибоке почуття провини, безпорадності й незадоволеності собою, що може призвести до депресії.

Рудольф Телле та Вольфганг Бройтігам акцентували увагу на ролі тривожної гіперопіки й оральної залежності. Вони вважали, що надмірна опіка в дитинстві може формувати у людини несаможиттєвість, залежність від думки інших і нездатність самостійно регулювати свої емоційні стани. Такі особистості частіше схильні до депресії, особливо коли стикаються із втратою джерела підтримки.

Таким чином, психодинамічні концепції розглядають депресію як складний процес, у якому переплітаються дитячі переживання, внутрішні об'єктні відносини, несвідомі конфлікти й нездатність інтегрувати суперечливі почуття. Ці підходи заклали основу для сучасного розуміння депресії та розробки глибинно орієнтованих методів терапії.

3. Когнітивно-поведінкові та інтегративні моделі депресії: сучасні когнітивно-поведінкові концепції та їх особливості

Когнітивно-поведінкові моделі депресії пояснюють цей розлад через взаємозв'язок між мисленням, емоціями та поведінкою. Центральне місце в них посідає концепція Аарона Бека, який описав депресію як наслідок негативних переконань про себе, світ і майбутнє. Ця так звана когнітивна тріада включає:

- негативне сприйняття себе («Я нікчемний, зі мною щось не так»);
- негативне бачення світу («Світ несправедливий, навколо суцільні загрози»);
- песимістичний погляд на майбутнє («Нічого не зміниться на краще»).

Формування депресивного мислення підтримується когнітивними спотвореннями — систематичними помилками в обробці інформації. Серед них:

- катастрофізація — перебільшення можливих негативних наслідків;
- чорно-біле мислення — схильність оцінювати ситуацію лише у крайніх категоріях;
- знецінення позитивного — ігнорування власних досягнень і добрих подій;
- надмірна генералізація — поширення досвіду однієї невдачі на всі сфери життя;
- читання думок — приписування іншим негативного ставлення без підтверджень.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) спрямована на виявлення та зміну цих дисфункційних переконань і патернів мислення. Терапевт допомагає пацієнтові розпізнавати автоматичні думки, аналізувати їхню обґрунтованість і формувати нові, більш адаптивні інтерпретації ситуацій. У роботі також активно застосовуються поведінкові техніки, наприклад:

- поступова активація діяльності для подолання апатії;
- планування приємних або значущих активностей;
- навчання навичок вирішення проблем і регуляції емоцій.

Сучасні інтегративні моделі депресії поєднують когнітивно-поведінковий підхід із іншими напрямками психотерапії, щоб ефективніше працювати з глибинними механізмами депресивного стану. Наприклад, у схема-терапії (Джеффри Янг) основна увага приділяється дитячим патернам, що впливають на самосприйняття та стосунки. Майндфулнес-орієнтована КПТ зосереджується на розвитку навички усвідомленості, що допомагає пацієнтові спостерігати за своїми думками й емоціями без осуду та надмірної ідентифікації з ними.

Інтеграція когнітивних, поведінкових та емоційно-орієнтованих підходів дозволяє розширити терапевтичні можливості: працювати не лише зі свідомими установками, але й із глибинними переживаннями, що формують депресивну динаміку. Таким чином, ці моделі спрямовані на зміну способу мислення, поведінки та емоційного реагування, допомагаючи пацієнту відновити активність і підвищити якість життя.

4. Соматоформні та іпохондричні розлади: синдром «альбатроса», соматизовані розлади, іпохондрія, дисморфофобія; особистісні риси пацієнтів

Соматоформні та іпохондричні розлади належать до групи психічних станів, при яких психологічні конфлікти й емоційне напруження проявляються через тілесні симптоми, що не мають достатнього медичного пояснення. Особливість цих станів полягає у тому, що пацієнти переживають їх як реальні фізичні проблеми, навіть коли клінічні обстеження не підтверджують наявності органічної патології.

Синдром «альбатроса» описує стан, коли людина несвідомо «прив'язана» до своїх тілесних симптомів, сприймаючи їх як невід'ємну частину своєї ідентичності. Симптоми стають своєрідним «тягарем», який пацієнт постійно носить із собою, що призводить до формування хронічного емоційного виснаження й зниження якості життя.

Соматизовані розлади проявляються множинними й різноманітними тілесними скаргами, які не пояснюються органічними змінами. Пацієнти з такими розладами часто проходять багато медичних обстежень, звертаються до різних спеціалістів, але не отримують значного полегшення. У таких випадках тіло стає основним каналом вираження емоційного стресу, а соматичні симптоми виконують роль несвідомої мови, через яку пацієнт «говорить» про свої переживання.

Іпохондричний розлад пов'язаний із надмірною тривогою щодо власного здоров'я. Пацієнти постійно очікують розвитку серйозних захворювань, прислухаються до роботи свого тіла, інтерпретуючи звичайні фізіологічні відчуття як ознаки небезпечних хвороб. Це створює за-

мкнене коло тривоги: будь-яке нове відчуття викликає посилення страху, що змушує людину повторно звертатися до лікарів та проходити нові обстеження, часто безрезультатно.

Дисморфофобія є специфічною формою іпохондричних переживань, коли людина надмірно заціклюється на уявних або мінімальних недоліках власної зовнішності. Цей стан може супроводжуватися уникненням соціальних ситуацій, зниженням самооцінки, почуттям сорому та навіть розвитком депресивних епізодів.

Важливе значення у формуванні соматоформних та іпохондричних розладів мають особистісні риси пацієнтів. Найчастіше це люди з підвищеною тривожністю, схильністю до катастрофізації, недостатньо розвиненою здатністю розпізнавати й вербалізувати власні емоції. Нерідко вони віддають перевагу тілесному вираженню страждання замість емоційного, оскільки вербалізація почуттів може бути для них важкою або неприйнятною через особливості виховання чи травматичний досвід.

Такі симптоми виконують комунікативну функцію — вони дозволяють привернути увагу до власних потреб і проблем, уникнути конфліктів або отримати підтримку, не висловлюючи своїх переживань напрому. У результаті тіло стає головним «мовним інструментом», за допомогою якого людина заявляє про свій внутрішній стан.

Таким чином, соматоформні та іпохондричні розлади відображають складну взаємодію психічних і тілесних процесів. Вони свідчать про труднощі у вираженні емоцій, регуляції тривоги та побудові здорових стратегій комунікації, що потребує особливого підходу до діагностики та психотерапії.

5. Сучасна діагностика: критерії DSM-5, МКБ-11; валідні інструменти діагностики

Сучасна діагностика депресивних, соматоформних та іпохондричних розладів базується на чітких міжнародних стандартах і поєднує клінічне інтерв'ю, стандартизовані опитувальники та об'єктивні діагностичні інструменти. Основними системами класифікації є DSM-5 (Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів, 5-те видання) та МКБ-11 (Міжнародна класифікація хвороб, 11-та редакція), які встановлюють уніфіковані критерії для постановки діагнозу.

Згідно з DSM-5, діагноз великого депресивного розладу встановлюється за наявності не менше п'яти симптомів, що тривають не менше двох тижнів, серед яких хоча б один — пригнічений настрій або втрата інтересу до діяльності. Серед основних симптомів:

- почуття смутку, апатії або безпорадності;
- зниження інтересу до звичних занять;
- зміни ваги або апетиту;
- порушення сну (інсомнія чи гіперсомнія);
- втома, брак енергії;
- почуття провини, самозвинувачення;
- труднощі концентрації уваги;
- думки про смерть або самогубство.

МКБ-11 загалом зберігає подібні критерії, проте вводить більш деталізовані підтипи депресивних розладів та надає більше уваги культурним і контекстуальним особливостям проявів симптомів. Це дозволяє точніше диференціювати епізодичні та рецидивні форми депресії, а також пов'язані з ними соматичні симптоми.

Для соматоформних розладів DSM-5 замість старого терміна використовує поняття соматичних симптоматичних розладів (SSD). Ключовою ознакою є не стільки кількість або характер тілесних скарг, скільки надмірна увага та тривога щодо стану здоров'я, які призводять до значного страждання й соціальної дезадаптації.

Іпохондричний розлад у DSM-5 був замінений двома окремими діагнозами:

соматичний симптоматичний розлад (за наявності тілесних скарг),

тривога щодо здоров'я (health anxiety) — у випадках, коли тілесні симптоми мінімальні або відсутні, але домінує страх серйозної хвороби.

Для дисморфофобії DSM-5 пропонує діагноз розладу сприйняття власного тіла (body dysmorphic disorder), який характеризується нав'язливою фіксацією на уявних або незначних вадах зовнішності.

Сучасна діагностика включає використання валідних опитувальників і тестів, які допомагають стандартизувати оцінку стану пацієнта:

BDI-II (Beck Depression Inventory) — шкала для оцінки тяжкості депресії;

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) — широко застосовується для первинного скринінгу депресивних розладів;

HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale) — клінічна шкала для об'єктивної оцінки симптомів депресії;

GAD-7 — шкала для оцінки рівня тривожності, яка важлива при диференціації депресії та тривожних розладів;

Whiteley Index — застосовується для діагностики іпохондричних переживань;

SCL-90-R — загальна шкала для оцінки соматичних симптомів та психологічного дистресу.

Сучасний підхід до діагностики також враховує мультидисциплінарну оцінку стану пацієнта. Це означає співпрацю психотерапевта, психіатра, лікарів соматичного профілю, а за потреби — невролога чи ендокринолога, щоб виключити органічні причини симптомів та комплексно оцінити психоемоційний стан.

Таким чином, діагностика депресивних, соматоформних та іпохондричних розладів спирається на міжнародно визнані критерії, стандартизовані інструменти та комплексний клінічний аналіз, що дозволяє створити точний діагностичний профіль пацієнта й визначити оптимальну стратегію лікування.

6. Сучасні психотехніки та принципи психотерапії

Сучасна психотерапія депресивних, соматоформних та іпохондричних розладів ґрунтується на інтегративному підході, який поєднує психодинамічні, когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані та майндфулнес-практики. Вибір психотехнік залежить від клінічної картини, особистісних особливостей пацієнта та структури його симптомів, а головною метою є редукція симптомів, відновлення адаптивних механізмів і підвищення якості життя.

Одним із ключових напрямів залишається когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка допомагає пацієнтам розпізнавати автоматичні негативні думки, виявляти когнітивні спотворення та поступово змінювати деструктивні переконання. Використовуються техніки когнітивної реструктуризації, поведінкова активація, навчання проблемно-орієнтованим стратегіям та відпрацювання нових моделей реагування. КПТ особливо ефективна для пацієнтів із депресією, тривожними станами та іпохондричними переживаннями, адже дозволяє поєднувати роботу зі змістом думок і поведінковими патернами.

Психодинамічна терапія зосереджується на несвідомих конфліктах, ранніх об'єктних відносинах та дитячому досвіді, який вплинув на формування психосоматичної уразливості. Вона допомагає пацієнтові усвідомити витіснені емоції, зрозуміти механізми формування симптомів і знайти нові способи їхнього інтегрування. Тут активно працюють із поняттями втрати, агресії, провини, тривоги та міжособистісних взаємин, які часто лежать в основі депресивних і соматоформних розладів.

Тілесно-орієнтовані підходи є особливо цінними для пацієнтів, у яких емоційний стан проявляється через соматичні симптоми. Техніки роботи з тілом включають дихальні вправи, методи релаксації, відновлення тілесних кордонів і підвищення усвідомленості тілесних відчуттів. Цей підхід дозволяє пацієнтам «повернути» зв'язок між тілом і психікою, навчитися розпізнавати сигнали власного тіла та керувати фізіологічними реакціями на стрес.

Важливе місце посідає майндфулнес-орієнтована терапія. Практики усвідомленості допомагають пацієнтам навчитися спостерігати свої думки, емоції й тілесні відчуття без осуду, знижуючи рівень тривоги та емоційного напруження. Такий підхід виявляється особливо корисним у роботі з іпохондричними переживаннями, коли пацієнт постійно «прослуховує» своє тіло, або при хронічних соматизованих симптомах.

Сучасна психотерапія активно застосовує й інтегративні моделі, що поєднують кілька підходів. Наприклад, схема-терапія працює із глибинними дитячими схемами, майндфулнес-компоненти допомагають регулювати стрес, а когнітивні техніки — змінювати поточні поведінкові патерни. Це забезпечує більш комплексний вплив на всі рівні функціонування людини: когнітивний, емоційний, тілесний і соціальний.

Важливою складовою сучасної терапії є мультидисциплінарний підхід. Робота психотерапевта може поєднуватися із підтримкою психіатра, соматичних лікарів, неврологів або ендокринологів, що дозволяє створити цілісну модель допомоги пацієнтові. Залежно від тяжкості стану, терапія може доповнюватися медикаментозним лікуванням — антидепресантами чи анксиолітиками — але завжди під суворим контролем лікаря.

Принципи сучасної психотерапії базуються на валідації емоцій пацієнта, підвищенні його усвідомленості, розвитку ресурсів та зміцненні навичок саморегуляції. Симптоми розглядаються не лише як прояв хвороби, а й як спосіб психіки сигналізувати про внутрішні конфлікти, невинні травми чи порушення міжособистісних зв'язків. Завдяки поєднанню різних технік психотерапія допомагає знизити інтенсивність симптомів, навчити людину розпізнавати свої емоції та відновити контакт із власними потребами.

Таким чином, сучасні психотехніки та інтегративні принципи психотерапії дозволяють працювати не лише із проявами депресії, соматоформних чи іпохондричних розладів, а й із глибинними психологічними причинами цих станів. Це створює основу для тривалої стабілізації емоційного стану, відновлення якості життя та покращення здатності пацієнта будувати здорові стосунки із собою та світом.

ПИТАННЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Як концепції (З. Фрейд, К. Абрахам, М. Кляйн, Г. Аммон, К. Хорні) пояснюють механізми депресії?
2. У чому полягає внесок когнітивно-поведінкової моделі А. Бека у розуміння та лікування депресії?
3. Які особливості мають соматоформні та іпохондричні розлади, включно з дисморфофобією та синдромом «альбатроса»?
4. Які діагностичні критерії депресії, соматоформних і іпохондричних розладів подані у DSM-5 та МКБ-11?
5. Які сучасні психотехніки та психотерапевтичні підходи застосовуються у лікуванні депресії та іпохондричних розладів?

Рекомендована література

Основна:

1. Дейнека Л. Основи психосоматики : науково-допоміжний бібліографічний покажчик / Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, Бібліотека ; уклад. Л. Дейнека. – Луцьк, 2017.
2. Ісаков Р. І. Психосоматична патологія. – Київ : Медицина, 2023. – 167 с.
3. Середа І. В. Основи психосоматики : навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів з курсу за змішаною формою навчання. – Миколаїв, 2022. – 156 с.
4. Чабан О. С., Хаустова О. О. Практична психосоматика: діагностичні шкали. – Київ : Медицина, 2021. – 200 с.
5. Шторк, Т. Психоаналіз і психосоматика / Тімо Шторк ; наук. ред. З. Кечур. — Львів : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2025. — 252 с.
6. Remmers A. The Psychosomatic Arc in Therapy // The Global Psychotherapist. – 2022. – Vol. 2, № 1. – С. 69–73.
7. Remmers A. The Therapeutic Process in Positive Psychosomatics: "Five Fingers" Forming a Therapeutic Relationship in Psychosomatic Medicine // The Global Psychotherapist. – 2024. – Vol. 4, № 2. – С. 57–61.

Додаткова

1. Бочелюк В. Й., Панов М. С., Спицька Л. В. Реабілітаційна психологічна допомога при психосоматичних захворюваннях // Наукові перспективи. – 2022. – № 9(27). – С. 313–324.
2. Одинець О. А., Шукалова О. С., Даніліч-Скакун А. А., Нежута А. В., Хижняк М. В. Причинно-системний холістичний підхід до проблеми психосоматичних захворювань // Проблеми сучасної психології. – 2020. – № 2. – С. 105–114. – URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pspz_2020_2_13.
3. Жадленко І., Панов М. Сучасні підходи до проблеми психосоматичних розладів // Innovations and prospects of world science : Proceedings of XIII International Scientific and Practical Conference (Canada, 17–19 August 2022 p.). – Vancouver, Canada, 2022. – P. 178–183.
4. Abbass A, Town J, Holmes H, Luyten P, Cooper A, Russell L, Lumley MA, Schubiner H, Allinson J, Bernier D, De Meulemeester C, Kroenke K, Kisely S. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Functional Somatic Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychother Psychosom.* 2020;89(6):363-370. doi: 10.1159/000507738. Epub 2020 May 19. Erratum in: *Psychother Psychosom.* 2020;89(6):408. doi: 10.1159/000508894. PMID: 32428905.
5. Remmers A. What Does Our Body Tell Us in Therapy? // *The Global Psychotherapist.* – 2021. – Vol. 1, № 2. – С. 41–44.
6. Henningsen P, Löwe B. Bodily Distress and International Classification of Diseases-11: Advances, Loose Ends, and Some Confusion. *Psychother Psychosom.* 2025;94(1):15-19. doi: 10.1159/000542424. Epub 2024 Nov 29. PMID: 39617002.

Електронні інформаційні ресурси

1. Актуальні проблеми психології». Наукові праці Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Режим доступу: <http://appspsychology.org.ua/index.php/ua/dlia-avtoriv>
2. Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського. Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/>
3. Психологічна бібліотека Київського Фонду сприяння розвитку психічної культури. Режим доступу: <http://psylib.kiev.ua/>
4. American Psychologist. Journal of American Psychological Association. Режим доступу: <https://www.apa.org/pubs/journals/amp/>
5. Journal of Personality and Social Psychology. Journal of American Psychological Association. Режим доступу: <https://www.apa.org/pubs/journals/psp/>
6. Science: (AAAS). Режим доступу: <http://www.sciencemag.org>
7. Taylor & Francis. Режим доступу: <http://www.informaworld.com>
8. World Association for Positive and Transcultural Psychotherapy [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.positum.org/> – (n.d.)
9. Positive and Transcultural Psychotherapy Journal [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.positum.org/ppt-journal/>.

ТЕМА 4. Функціональні та соматоформні розлади.

План лекції:

1. Сучасне бачення функціональних і соматоформних розладів.
2. Клінічні кластери симптомів: кардіореспіраторний (психогенна кардіалгія, тахікардія, гіпервентиляційний синдром), гастроінтестинальний (синдром подразненої кишки, психогенна блювота, диспепсія), больовий (головний біль напруги, фіброміалгія, м'язово-скелетний біль), респіраторний та інші (кашель, ларингоспазм, свербіж, вегетативні прояви).
3. Психодинамічні та когнітивно-поведінкові пояснювальні моделі: роль емоційної дисрегуляції, алекситимії, інтероцептивних порушень у формуванні соматоформних симптомів.
4. Сучасні інструменти діагностики і скринінгу, їх використання у клінічній практиці.
5. Сучасні психотерапевтичні підходи та новітні психотехніки

1. Сучасне бачення функціональних і соматоформних розладів

Сучасне розуміння функціональних і соматоформних розладів базується на біопсихосоціальній моделі, яка розглядає ці стани як результат складної взаємодії психологічних, фізіологічних і соціальних факторів. У рамках DSM-5 соматоформні розлади об'єднані під терміном “соматичний симптоматичний розлад” (SSD). Ключовим діагностичним критерієм виступає надмірна увага до власних тілесних симптомів, яка супроводжується тривогою, катастрофізацією та повторними зверненнями по медичну допомогу, навіть за відсутності органічних змін.

МКБ-11 також пропонує сучасний підхід, замінюючи старі діагнози на поняття “розлади тіла та симптомів”, що включають не лише соматоформні прояви, але й пов'язані психоемоційні особливості. Обидві системи підкреслюють, що в центрі цих розладів стоїть емоційна дисрегуляція, проблеми з усвідомленням тілесних сигналів та алекситимія — труднощі у розпізнаванні та вербалізації власних емоцій.

Функціональні та соматоформні розлади більше не розглядають виключно як “уявні” чи “вигадані” проблеми. Сучасний підхід визнає, що реальні фізіологічні зміни можуть виникати під впливом стресу, хронічного напруження, внутрішніх конфліктів та невирішених травм. Нерідко саме психологічні чинники запускають або підтримують симптоми, роблячи їх стійкими, навіть якщо органічних патологій не виявлено.

Важливим аспектом є розуміння того, що соматичні прояви стають для пацієнта способом вираження емоцій, коли вербалізація почуттів є утрудненою. Це своєрідна “мова тіла”, яка сигналізує про приховані конфлікти, тривогу або пригнічені емоції. Таким чином, сучасне бачення функціональних і соматоформних розладів відходить від дихотомії “тіло або психіка” і розглядає їх як єдиний взаємопов'язаний процес, що потребує комплексного терапевтичного підходу.

2. Клінічні кластери симптомів: кардіореспіраторний, гастроінтестинальний, больовий, респіраторний та інші

Клінічні прояви функціональних і соматоформних розладів зазвичай групуються у симптоматичні кластери, що дозволяє краще зрозуміти механізми їхнього виникнення та вибудовувати ефективні стратегії терапії.

Кардіореспіраторний кластер включає симптоми, пов'язані з функціонуванням серцево-судинної системи та дихання. Найпоширеніші серед них:

психогенна кардіалгія — відчуття болю або дискомфорту в ділянці серця без органічних патологій;

тахікардія — епізодичне прискорене серцебиття, часто супроводжуване тривогою;

гіпервентиляційний синдром — відчуття нестачі повітря, прискорене поверхневе дихання, яке може провокувати запаморочення, поколювання в кінцівках, посилення тривожних переживань.

Гастроінтестинальний кластер охоплює функціональні порушення шлунково-кишкового тракту, що проявляються у відсутності структурних змін при наявності виражених симптомів:

синдром подразненої кишки (СПК) — чергування діареї, запорів та болю в животі, тісно пов'язане зі стресом та емоційним напруженням;

психогенна блювота — виникає без органічної причини, найчастіше у відповідь на емоційні тригери;

функціональна диспепсія — постійне відчуття важкості, здуття, нудоти, які зберігаються навіть після нормалізації харчування.

Больовий кластер представлений симптомами, що пов'язані з хронічним болем різної локалізації, часто резистентним до медикаментозного лікування:

головний біль напруги — тупий, двобічний біль, пов'язаний із м'язовим напруженням та емоційними перевантаженнями;

фіброміалгія — хронічний розсіяний біль у м'язах і суглобах, часто супроводжуваний порушенням сну, підвищеною втомлюваністю та емоційною лабільністю;

м'язово-скелетний біль — локалізований біль у спині, шиї або кінцівках без підтвердженої органічної причини.

Респіраторний та інші кластери об'єднують симптоми, які не належать до попередніх груп, але часто зустрічаються у пацієнтів із функціональними розладами:

психогенний кашель — нав'язливий, сухий кашель без ознак інфекційного або органічного ураження;

ларингоспазм — короточасні епізоди відчуття «здавлення» в горлі, труднощі при ковтанні або диханні;

вегетативні прояви — надмірна пітливість, відчуття внутрішнього тремору, свербіж шкіри, які не пояснюються дерматологічними або ендокринними проблемами.

Об'єднання симптомів у кластери дозволяє не лише спростити діагностику, а й розуміти, що за зовнішніми фізичними проявами приховані емоційні конфлікти, стресові фактори та порушення регуляції нервової системи. У більшості випадків клінічна картина формується поступово, а комбінація симптомів із різних кластерів вказує на необхідність комплексного підходу до лікування, який враховує як тілесні, так і психологічні аспекти.

3. Психодинамічні та когнітивно-поведінкові пояснювальні моделі: роль емоційної дисрегуляції, алекситимії, інтероцептивних порушень у формуванні соматоформних симптомів

Психодинамічні та когнітивно-поведінкові моделі пропонують різні, але взаємодоповнюючі пояснення механізмів виникнення функціональних і соматоформних розладів, зосереджуючись на взаємозв'язку емоцій, тілесних процесів та когнітивних схем.

Психодинамічна модель розглядає соматоформні симптоми як несвідому форму вираження внутрішніх конфліктів. Витіснені емоції — гнів, провина, страх, сором або тривога — знаходять свій вихід у тілесних проявах, стаючи своєрідною «мовою тіла». Соматичний симптом у цьому контексті виконує кілька функцій:

захисну — знижує інтенсивність емоційного болю, заміщаючи його фізичним;

комунікативну — сигналізує оточенню про потребу в турботі та підтримці, коли вербалізувати свої емоції важко;

регулятивну — допомагає зберегти психічну рівновагу шляхом «каналізації» конфліктів у тіло.

У психодинамічній концепції важливу роль відіграє алекситимія — труднощі у розпізнаванні та вираженні власних почуттів. Пацієнти, які не можуть усвідомити або вербалізувати свої емоції, несвідомо переводять їх у тілесну площину. Часто це спостерігається у людей із ранніми травмами прив'язаності, де вербалізація емоційних станів не була розвинена або підтримана.

Когнітивно-поведінкова модель (КПТ) пояснює соматоформні симптоми через порушення обробки тілесних сигналів та негативні когнітивні схеми. Пацієнти схильні інтерпрету-

вати звичайні фізіологічні відчуття як ознаки серйозних захворювань, що формує замкнене коло тривоги:

1. людина помічає тілесний сигнал (наприклад, прискорене серцебиття);
2. інтерпретує його як небезпечний («це напад серцевої хвороби»);
3. тривога посилює фізіологічні прояви;
4. симптоми стають стійкими та хронічними.

Важливим чинником є interoцептивні порушення — зміни у сприйнятті та переробці сигналів від внутрішніх органів. Пацієнти з підвищеною чутливістю до тілесних відчуттів схильні надмірно фокусуватися на них, що сприяє формуванню соматичних скарг і посиленню тривожності.

У когнітивно-поведінковому підході соматичні симптоми розглядаються не лише як результат хибних інтерпретацій, а й як спосіб уникнення неприємних емоцій або стресових ситуацій. Наприклад, хронічний біль може «звільнити» від необхідності вирішувати конфлікти чи брати на себе відповідальність, виконуючи вторинну вигоду.

Обидві моделі сходяться в тому, що емоційна дисрегуляція є центральним механізмом формування соматоформних симптомів. Нездатність ефективно регулювати емоційні стани веде до соматизації — використання тіла як основного каналу вираження психічного напруження.

Сьогодні у клінічній практиці переважає інтегративний підхід, який поєднує психодинамічні й когнітивно-поведінкові стратегії. Такий підхід дозволяє працювати як із витісненими емоціями та внутрішніми конфліктами, так і з дисфункційними переконаннями, некорисними патернами мислення та поведінки. Завдяки цьому пацієнти отримують глибше розуміння власних переживань і водночас набувають практичних навичок регуляції емоцій і тілесних реакцій.

4. Сучасні інструменти діагностики і скринінгу, їх використання у клінічній практиці

Діагностика функціональних і соматоформних розладів сьогодні базується на **комплексному підході**, який поєднує клінічне інтерв'ю, стандартизовані опитувальники, психометричні тести й диференційну оцінку для виключення органічних патологій. Основними джерелами діагностичних критеріїв залишаються DSM-5 та МКБ-11, що забезпечують єдині міжнародні стандарти.

Згідно з DSM-5, соматоформні розлади були об'єднані під терміном “соматичний симптоматичний розлад” (SSD). Для постановки діагнозу важливими є:

наявність одного або більше соматичних симптомів, які викликають значний дистрес або порушують повсякденне функціонування;

надмірні думки, страхи чи поведінкові патерни, пов'язані зі здоров'ям;

симптоми тривають не менше шести місяців, навіть якщо їхня інтенсивність може змінюватися.

МКБ-11 використовує ширший термін — “розлади тіла та симптомів”, що об'єднує функціональні й соматоформні розлади, роблячи акцент на інтеграції тілесних та психоемоційних проявів. У цій класифікації важливим є не стільки пошук органічної причини, скільки оцінка впливу симптомів на якість життя та виявлення супутніх психоемоційних проблем, таких як тривожність чи депресія.

Важливим етапом є використання стандартизованих опитувальників і скринінгових інструментів, які допомагають швидко оцінити тяжкість симптомів, рівень тривоги, депресії та особливості ставлення до власного здоров'я:

PHQ-15 (Patient Health Questionnaire) — для оцінки кількості та тяжкості соматичних симптомів;

SOMS-7 / SOMS-2 — шкали для детальної оцінки соматоформних проявів;

Whiteley Index — для виявлення іпохондричних переживань і тривоги щодо здоров'я;

SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised) — комплексний інструмент для оцінки соматизації, тривоги, депресії та інших психоемоційних порушень;

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) — використовується для швидкої оцінки рівня тривожності та депресивних симптомів;

РНQ-9 — застосовується для скринінгу супутньої депресії у пацієнтів із соматоформними симптомами.

Важливим компонентом діагностики є клінічне інтерв'ю, під час якого фахівець оцінює не лише наявність скарг, але й їхній зв'язок із емоційними станами, життєвими подіями та міжособистісними конфліктами. Збір психосоціального анамнезу дозволяє побачити контекст виникнення симптомів і виявити можливі тригери.

Сучасна діагностика передбачає інтеграцію скринінгових інструментів у психотерапевтичну практику. Це дозволяє:

- об'єктивізувати симптоми та відстежувати їхню динаміку;
- відрізнати соматоформні розлади від органічних патологій;
- визначати індивідуальний план втручання з урахуванням психоемоційних факторів;
- оцінювати ефективність терапії на різних етапах лікування.

Таким чином, сучасний діагностичний підхід поєднує міжнародні стандарти, психометричні методи та клінічну експертизу. Це дає змогу не лише точно визначити характер соматичних симптомів, але й зрозуміти їхній психологічний зміст, створюючи основу для ефективної та персоналізованої терапії.

5. Сучасні психотерапевтичні підходи та новітні психотехніки

Сучасна психотерапія функціональних і соматоформних розладів базується на інтегративному підході, що поєднує психодинамічні, когнітивно-поведінкові, тілесно-орієнтовані та майндфулнес-техніки. Метою терапії є зниження інтенсивності соматичних симптомів, відновлення емоційної регуляції, покращення усвідомлення тілесних відчуттів та підвищення якості життя пацієнта.

Психодинамічні підходи зосереджуються на дослідженні несвідомих конфліктів, витіснених емоцій і нерозв'язаних травм, які проявляються у вигляді соматичних симптомів. Симптоми розглядаються як “мова тіла”, що сигналізує про пригнічені переживання. Терапія спрямована на усвідомлення витіснених емоцій, формування більш адаптивних способів їхнього вираження та інтеграцію раннього досвіду. У роботі часто досліджуються теми прихованого гніву, провини, втрати та проблем прив'язаності, які нерідко лежать в основі соматизації.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) займає важливе місце у роботі з соматоформними розладами. Вона допомагає пацієнтові виявляти дисфункційні думки, що стосуються здоров'я, розпізнавати когнітивні викривлення й навчатися нових стратегій поведінки. Ключові техніки включають:

- когнітивну реструктуризацію — робота зі страхами щодо хвороб і тілесних відчуттів;
- експозицію з попередженням реакцій — поступове зниження тривоги через контрольовану зустріч із тригерами;
- поведінкову активацію — формування нових звичок та поступове відновлення соціальної активності;
- тренування навичок саморегуляції та стрес-менеджменту.

Тілесно-орієнтовані підходи особливо ефективні для пацієнтів із труднощами у розпізнаванні власних емоцій (алекситимія). Робота з тілом допомагає відновити контакт між психікою та тілом, знизити рівень фізіологічної напруги та навчитися розпізнавати тілесні сигнали. Використовуються техніки релаксації, дихальні практики, біологічний зворотний зв'язок (biofeedback), вправи для відновлення тілесних кордонів і відчуття безпеки.

Майндфулнес-орієнтовані психотехніки відіграють важливу роль у зниженні тривожності, хронічного стресу та гіперфокусування на симптомах. Практики усвідомленості допомагають навчитися спостерігати за думками, емоціями й тілесними відчуттями без осуду, розвивають здатність залишатися «тут і тепер» і зменшують потребу в постійному контролі за тілесними функціями.

У сучасній клінічній практиці також застосовуються інтегративні моделі терапії, які поєднують кілька підходів залежно від потреб пацієнта. Наприклад, поєднання психодинамічної роботи з тілесними техніками та майндфулнес дозволяє ефективно працювати як із витісненими емоціями, так і з підвищеною тривожністю та гіперувагою до симптомів.

Важливою умовою ефективної терапії є побудова індивідуалізованого плану втручань. Для цього інтегруються результати скринінгових тестів, клінічного інтерв'ю та даних про психосоціальний контекст пацієнта. План може включати психотерапію, роботу з тілом, медичний супровід та за потреби — фармакотерапію.

Завершальним елементом сучасної психотерапії є мультидисциплінарний підхід. Співпраця психотерапевтів, психіатрів, неврологів, гастроентерологів, кардіологів та інших фахівців дозволяє створити комплексну стратегію допомоги, яка враховує як психологічні, так і соматичні фактори.

Таким чином, сучасні психотерапевтичні підходи та новітні психотехніки в роботі з функціональними та соматоформними розладами спрямовані на цілісне відновлення взаємозв'язку між тілом і психікою, розвиток навичок емоційної регуляції, зниження соматичних скарг і підвищення якості життя пацієнта.

ПИТАННЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Як у DSM-5 та МКБ-11 класифікується соматоформна вегетативна дисфункція та функціональні розлади?
2. Які психодинамічний підхід пояснює виникнення соматоформних симптомів?
3. Які сучасні інструменти діагностики та скринінгу використовуються для верифікації соматоформних розладів?
4. Які психотерапевтичні підходи та новітні психотехніки застосовуються у лікуванні соматоформної вегетативної дисфункції?

Рекомендована література

Основна:

1. Дейнека Л. Основи психосоматики : науково-допоміжний бібліографічний показник / Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, Бібліотека ; уклад. Л. Дейнека. – Луцьк, 2017.
2. Ісаков Р. І. Психосоматична патологія. – Київ : Медицина, 2023. – 167 с.
3. Середа І. В. Основи психосоматики : навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів з курсу за змішаною формою навчання. – Миколаїв, 2022. – 156 с.
4. Чабан О. С., Хаустова О. О. Практична психосоматика: діагностичні шкали. – Київ : Медицина, 2021. – 200 с.
5. Шторк, Т. Психоаналіз і психосоматика / Тімо Шторк ; наук. ред. З. Кечур. — Львів : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2025. — 252 с.
6. Peseschkian N. Positive Psychosomatics: Clinical Manual of Positive Psychotherapy. – Bloomington (USA) : Author House, 2016. – 601 с.
7. 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>
8. Remmers A. The Psychosomatic Arc in Therapy // *The Global Psychotherapist*. – 2022. – Vol. 2, № 1. – С. 69–73.
9. Remmers A. The Therapeutic Process in Positive Psychosomatics: "Five Fingers" Forming a Therapeutic Relationship in Psychosomatic Medicine // *The Global Psychotherapist*. – 2024. – Vol. 4, № 2. – С. 57–61.

Додаткова

1. Бочелюк В. Й., Панов М. С., Спицька Л. В. Реабілітаційна психологічна допомога при психосоматичних захворюваннях // *Наукові перспективи*. – 2022. – № 9(27). – С. 313–324.

2. Жадленко І., Панов М. Сучасні підходи до проблеми психосоматичних розладів // Innovations and prospects of world science : Proceedings of XIII International Scientific and Practical Conference (Canada, 17–19 August 2022 p.). – Vancouver, Canada, 2022. – P. 178–183.
3. Abbass A, Town J, Holmes H, Luyten P, Cooper A, Russell L, Lumley MA, Schubiner H, Allinson J, Bernier D, De Meulemeester C, Kroenke K, Kisely S. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Functional Somatic Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychother Psychosom.* 2020;89(6):363-370. doi: 10.1159/000507738. Epub 2020 May 19. Erratum in: *Psychother Psychosom.* 2020;89(6):408. doi: 10.1159/000508894. PMID: 32428905.
4. Löwe B, Toussaint A, Rosmalen JGM, Huang WL, Burton C, Weigel A, Levenson JL, Henningsen P. Persistent physical symptoms: definition, genesis, and management. *Lancet.* 2024 Jun 15;403(10444):2649-2662. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00623-8. PMID: 38879263.
5. Liu J, Gill NS, Teodorczuk A, Li ZJ, Sun J. The efficacy of cognitive behavioural therapy in somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord.* 2019 Feb 15;245:98-112. doi: 10.1016/j.jad.2018.10.114. Epub 2018 Oct 22. PMID: 30368076.
6. Henningsen P, Löwe B. Bodily Distress and International Classification of Diseases-11: Advances, Loose Ends, and Some Confusion. *Psychother Psychosom.* 2025;94(1):15-19. doi: 10.1159/000542424. Epub 2024 Nov 29. PMID: 39617002.

Електронні інформаційні ресурси

1. Актуальні проблеми психології». Наукові праці Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Режим доступу: <http://appspsychology.org.ua/index.php/ua/dlia-avtoriv>
2. Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського. Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/>
3. Психологічна бібліотека Київського Фонду сприяння розвитку психічної культури. Режим доступу: <http://psylib.kiev.ua/>
4. American Psychologist. Journal of American Psychological Association. Режим доступу: <https://www.apa.org/pubs/journals/amp/>
5. Journal of Personality and Social Psychology. Journal of American Psychological Association. Режим доступу: <https://www.apa.org/pubs/journals/psp/>
6. Science: (AAAS). Режим доступу: <http://www.sciencemag.org>
7. Taylor & Francis. Режим доступу: <http://www.informaworld.com>
8. World Association for Positive and Transcultural Psychotherapy [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.positum.org/> – (n.d.)
9. Positive and Transcultural Psychotherapy Journal [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.positum.org/ppt-journal/>.

ТЕМА 5. Розлади харчування і сну

План лекції:

1. Класифікаційні підходи до розладів харчування і сну в сучасних міжнародних стандартах.
2. Психологічні та психодинамічні чинники формування порушень харчової та сномоделі поведінки.
3. Розлади харчової поведінки: клініко-психологічні особливості, психодинамічні моделі та роль сімейних факторів, сучасні психотерапевтичні стратегії.
4. Розлади сну: клінічні фенотипи інсомнії, гіперсомнії та парасомнії у психосоматичному контексті.
5. Емпірично обґрунтовані психотерапевтичні підходи: когнітивно-поведінкова терапія, сімейно-орієнтовані методи та сучасні психотехніки.

1. Класифікаційні підходи до розладів харчування і сну в сучасних міжнародних стандартах

Сучасна діагностика розладів харчування і сну базується на міжнародно визнаних класифікаціях **DSM-5** (Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів) та **МКБ-11** (Міжнародна класифікація хвороб). Обидві системи надають чіткі критерії для розмежування різних типів розладів, що дозволяє стандартизувати підходи до діагностики та лікування.

У **DSM-5** розлади харчової поведінки поділяються на кілька основних категорій:

Нервова анорексія — характеризується навмисним обмеженням харчування, інтенсивним страхом набрати вагу та викривленим сприйняттям власного тіла.

Нервова булімія — поєднує епізоди переїдання з компенсаторними поведінковими стратегіями (викликання блювання, використання проносних, надмірні фізичні навантаження).

Розлад переїдання (Binge Eating Disorder) — повторювані епізоди неконтрольованого споживання їжі без компенсаторних дій.

Атипові та інші специфіковані розлади харчування — включають змішані форми, які не відповідають усім критеріям основних діагнозів, але викликають значний дистрес і впливають на функціонування.

Щодо розладів сну, **DSM-5** виділяє:

інсомнію — стійкі труднощі із засинанням, підтриманням сну або ранковим пробудженням, що супроводжуються денною сонливістю та зниженням працездатності;

гіперсомнію — надмірну сонливість протягом дня попри достатню тривалість нічного сну;

парасомнії — небажані поведінкові або фізіологічні явища під час сну (сноходіння, нічні жахи, кошмари, параліч сну);

розлади циркадного ритму сну-неспання — дисбаланс між внутрішніми біологічними годинниками та зовнішніми умовами (наприклад, «жайворонки» проти «сов»).

МКБ-11 загалом узгоджується з **DSM-5**, але розширює підхід, інтегруючи біопсихосоціальні фактори, а також включає **ICSD-3** — Міжнародну класифікацію розладів сну, що надає ще більш деталізовану структуру. Це дозволяє враховувати як біологічні причини, так і психологічні чинники у формуванні порушень харчування та сну, підкреслюючи необхідність мультидисциплінарного підходу до діагностики та терапії.

2. Психологічні та психодинамічні чинники формування порушень харчової та сномоделі поведінки

Розлади харчування та сну формуються під впливом комплексу психологічних, психодинамічних, біологічних і соціальних факторів, які взаємодіють між собою, створюючи унікальний патогенетичний контекст для кожної людини.

Психологічні чинники відіграють ключову роль у формуванні як харчових, так і сномодельних порушень. Важливе значення має образ власного тіла та його викривлене сприйняття, що часто спостерігається при нервовій анорексії та булімії. Людина прагне досягти ідеалізова-

них стандартів зовнішності, що формуються соціальними нормами та медійними наративами, ігноруючи реальні потреби організму. Для таких пацієнтів самооцінка часто залежить від маси тіла та контролю за харчуванням, що створює замкнене коло тривоги, обмежень і порушення харчової поведінки.

Емоційні порушення також значно впливають на розвиток розладів. Хронічна тривога, депресія, стресові події та міжособистісні конфлікти можуть ставати тригерами для переїдання, навмисного голодування або втрати контролю над харчуванням. Аналогічно, розлади сну часто виникають як реакція на підвищений рівень стресу чи внутрішньоособистісні конфлікти, формуючи інсомнію або гіперсомнію як спосіб уникнення емоційного болю.

Психодинамічні чинники розглядають харчування і сон як символічні форми вираження несвідомих конфліктів. Харчування пов'язане з темами базової залежності, контролю та прив'язаності, які закладаються в ранньому дитинстві. Наприклад, недостатня емоційна підтримка або гіперопіка з боку батьків можуть спричинити формування так званої “аноректичної сім’ї” (за М.С. Палаццолі, С. Мінухінім), де харчування стає засобом регуляції влади та контролю. У таких випадках відмова від їжі або компульсивне переїдання набувають значення несвідомої комунікації — протесту чи прагнення бути почутим.

Психодинамічні підходи також пояснюють порушення сну через витіснені конфлікти та непрожиті емоції. Інсомнія часто асоціюється з прихованою тривогою, гіперконтролем і страхом втрати контролю, тоді як гіперсомнія може бути пов'язана з депресивними тенденціями та потребою уникнути неприємної реальності. Парасомнії (нічні жахи, сомнамбулізм, кошмари) у психодинамічному контексті розглядають як прояви несвідомих страхів і травматичних спогадів, які не можуть бути інтегровані у свідомість.

Важливим чинником є також алекситимія — труднощі у розпізнаванні та вираженні власних емоцій. Нездатність вербалізувати внутрішній стан призводить до того, що емоційна напруга знаходить вихід у вигляді соматичних реакцій: порушень харчування, інсомнії або соматизованих форм парасомнії.

Таким чином, психологічні та психодинамічні чинники формують підґрунтя для виникнення розладів харчування й сну, впливаючи на емоційне функціонування, поведінкові патерни та міжособистісні взаємини. Розуміння цих механізмів дозволяє будувати більш індивідуалізовані стратегії терапії, що поєднують роботу з усвідомленням несвідомих конфліктів, розвитком емоційної регуляції та формуванням здорових поведінкових моделей.

3. Розлади харчової поведінки: клініко-психологічні особливості, психодинамічні моделі та роль сімейних факторів, сучасні психотерапевтичні стратегії

Розлади харчової поведінки є складними психосоматичними станами, які поєднують емоційні, когнітивні, поведінкові та соматичні прояви. Вони часто виникають на тлі проблем із самооцінкою, міжособистісними труднощами, дисфункційними сімейними патернами та несвідомими конфліктами, що відображаються у ставленні до тіла, їжі та контролю.

Нервова анорексія характеризується навмисним обмеженням харчування для зниження ваги або утримання її на критично низькому рівні. Пацієнти демонструють інтенсивний страх набору ваги та викривлене сприйняття власного тіла, навіть за наявності небезпечної худорлявості. Існують дві основні форми анорексії:

аскетична форма — пацієнт суворо контролює харчування, повністю відмовляючись від «небезпечних» продуктів;

булімічна форма — чергуються періоди жорсткого голодування з епізодами переїдання, що супроводжуються почуттям провини й компенсаторними діями (викликання блювання, використання проносних).

Клінічно анорексія часто супроводжується соматичними ускладненнями: гормональними збоями, аменореєю, остеопорозом, аритміями, порушенням роботи нирок і шлунково-кишкового тракту. Окремо виділяють перебіг анорексії у чоловіків, який відзначається меншою соціальною видимістю, але часто більш тривалою та резистентною формою.

Нервова булімія проявляється повторюваними епізодами компульсивного переїдання та використанням компенсаторних механізмів — блювання, надмірних фізичних навантажень,

проносних або діуретиків. Пацієнти зазвичай зберігають нормальну або близьку до норми вагу, але страждають від постійного почуття втрати контролю над харчовою поведінкою. Булімія супроводжується ризиком електролітних порушень, пошкодженням зубної емалі, гастроезофагеальним рефлюксом і шлунково-кишковими проблемами.

Інші розлади харчової поведінки включають:

розлад переїдання (Binge Eating Disorder) — неконтрольоване споживання великих обсягів їжі без компенсаторних стратегій, що часто призводить до ожиріння та психологічного дистресу;

атипові та змішані форми — часткове виконання діагностичних критеріїв, але з вираженими наслідками для здоров'я й функціонування.

Психодинамічні моделі розглядають розлади харчування як прояв несвідомих конфліктів, пов'язаних із залежністю, контролем, любов'ю та автономією.

За М.С. Палаццолі та С. Мінухіним, анорексія часто формується у контексті “аноректичної сім'ї”, де дитина стикається з гіперопікою, браком автономії та прихованими конфліктами між батьками. Відмова від їжі стає несвідомим способом самоствердження та протесту проти контролю.

Булімія у психодинамічному контексті пов'язана з труднощами інтеграції суперечливих емоцій — любові та агресії, прийняття та відторгнення. Переїдання розглядають як спробу “заповнити емоційну порожнечу”, а викликання блювання — як символічне відторгнення непереносимих емоцій або почуття провини.

Важливу роль відіграють сімейні фактори:

дисфункційні патерни — надмірний контроль, низька емоційна підтримка, конфліктні стосунки між батьками;

сімейні сценарії харчування — культ тіла, переоцінка значення ваги та зовнішності;

несвідомі трикутники лояльності — коли харчова поведінка дитини стає інструментом впливу між батьками.

Сучасні психотерапевтичні стратегії базуються на мультидисциплінарному підході, що поєднує психотерапію, медичний супровід і роботу з сім'єю. Серед основних методів:

когнітивно-поведінкова терапія (КПТ-Е) — допомагає змінити дисфункційні переконання щодо тіла та харчування, формує здорові харчові патерни;

сімейно-орієнтована терапія (метод Маудслі) — залучає членів сім'ї до процесу лікування, створюючи атмосферу підтримки та зниження конфліктності;

психодинамічна психотерапія — працює з витісненими емоціями, конфліктами автономії та залежності, сприяє розвитку інтегрованого образу себе;

тілесно-орієнтовані методи — допомагають відновити зв'язок із тілом, розвивають здатність розпізнавати сигнали голоду та насичення;

новітні психотехніки — майндфулнес, елементи діалектичної поведінкової терапії (DBT), схематерапії та АСТ, що допомагають розвивати емоційну регуляцію.

Комплексна терапія розладів харчової поведінки вимагає індивідуалізованого підходу, що враховує особистісні особливості, роль сімейної системи та супутні психоемоційні проблеми. Вона спрямована не лише на відновлення здорової харчової поведінки, але й на покращення якості життя, формування стабільної самооцінки та відновлення емоційної рівноваги.

4. Розлади сну: клінічні фенотипи інсомнії, гіперсомнії та парасомній у психосоматичному контексті

Розлади сну — це широкий спектр станів, що проявляються порушенням якості, тривалості або структури сну й часто пов'язані з психоемоційними та соматичними розладами. Сучасні міжнародні класифікації (DSM-5, МКБ-11 та ICSD-3) виділяють основні групи розладів: інсомнії, гіперсомнії та парасомнії. У психосоматичному контексті сон розглядається як індикатор емоційної рівноваги та психічного здоров'я, а його порушення відображають несвідомі конфлікти, стресові фактори та нерозв'язані внутрішні переживання.

Інсомнія — це стійкі труднощі із засинанням, підтриманням сну або ранковим пробудженням, які супроводжуються денною сонливістю, зниженням концентрації та емоційною виснаженістю. Виділяють кілька клінічних варіантів:

гостра інсомнія — зазвичай пов'язана зі стресовими подіями, емоційними втратами чи перевантаженням нервової системи;

хронічна інсомнія — триває понад три місяці й часто супроводжується депресією, тривожними розладами чи соматоформними скаргами;

психофізіологічна інсомнія — формується внаслідок гіперконтролю за процесом засинання; у пацієнта виникає страх безсоння, який сам підсилює симптоми.

Важливими супутніми проявами інсомнії є гіпервразливість нервової системи, порушення регуляції кортизолу та хронічне підвищення рівня тривожності. У психодинамічному контексті інсомнію часто пов'язують із витісненими емоціями, почуттям провини, непрожитим гнівом або страхами, які перешкоджають глибокому розслабленню.

Гіперсомнія проявляється надмірною сонливістю протягом дня навіть за умови достатньої тривалості нічного сну. Вона може бути:

первинною (ідіопатичною) — виникає без очевидної органічної причини;

вторинною — пов'язана з депресіями, нейрологічними захворюваннями або метаболічними порушеннями;

нарколепсією — станом із різкими нападами сну протягом дня, що супроводжуються катаплексією (раптовою втратою м'язового тону), гіпнагогічними галюцинаціями та паралічем сну.

Гіперсомнії часто асоціюються з уникненням психоемоційних конфліктів, оскільки сон виконує роль захисного механізму, допомагаючи пацієнтові дистанціюватися від травмуючої реальності.

Парасомнії — це небажані феномени під час сну, які включають поведінкові, сенсорні та емоційні порушення. Серед них виділяють:

сноходіння (сомнамбулізм) — автоматичні дії у фазі повільного сну, при яких пацієнт часто не пам'ятає подій;

нічні жахи та кошмари — інтенсивні епізоди страху, що супроводжуються тахікардією, пітливістю та пробудженням у фазі швидкого сну;

параліч сну — короткочасна втрата здатності рухатися при засинанні чи пробудженні, часто поєднана з галюцинаціями;

психогенні феномени — наприклад, психогенний кашель, ларингоспазм, епізоди раптового пробудження із вираженим страхом.

Згідно з ICSD-3, при оцінці парасомній важливе значення має аналіз фаз сну, оскільки прояви можуть бути пов'язані як із REM-фазою, так і з порушеннями повільного сну.

У психосоматичному контексті розлади сну часто є сигналом невирішених емоційних конфліктів або хронічної тривоги. Наприклад, нічні кошмари можуть відображати несвідомі страхи чи травматичний досвід, а сноходіння нерідко виникає як форма неусвідомленого уникнення конфліктних ситуацій.

Сучасна терапія розладів сну включає психотерапевтичні, поведінкові й фармакологічні підходи. Особливу увагу приділяють:

гігієні сну — формуванню здорових звичок, стабільного режиму, контролю за стимуляторами;

когнітивно-поведінковій терапії для інсомнії (CBT-I) — роботі з дисфункційними переконаннями та тривожними установками щодо сну;

майндфулнес та релаксаційним технікам — розвитку здатності розслаблятися й відновлювати контакт із тілом;

мультидисциплінарному підходу при нарколепсії та парасомніях, що передбачає співпрацю психотерапевтів, неврологів і сомнологів.

Таким чином, розлади сну — це не лише біологічні або нейрофізіологічні проблеми, але й відображення психоемоційного стану людини. Їхній аналіз у психосоматичному контексті

дозволяє не лише усунути симптоми, але й працювати з глибинними причинами порушень, поєднуючи медичний супровід із психотерапевтичною допомогою.

5. Емпірично обґрунтовані психотерапевтичні підходи: когнітивно-поведінкова терапія, сімейно-орієнтовані методи та сучасні психотехніки

Сучасне лікування розладів харчової поведінки та сну спирається на емпірично підтверджені психотерапевтичні підходи, що поєднують когнітивно-поведінкові, сімейні та інтегративні методи. Метою терапії є відновлення фізичного здоров'я, нормалізація харчових і сномодельних патернів, розвиток емоційної регуляції та підвищення якості життя пацієнтів.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є основним доказовим підходом у роботі з розладами харчування та сну. Вона допомагає пацієнтові усвідомити дисфункційні переконання щодо власного тіла, харчування або сну та поступово замінити їх більш адаптивними. Основні техніки включають:

- когнітивну реструктуризацію — роботу з негативними автоматичними думками, що стосуються ваги, харчування або безсоння;

- поведінкову активацію — формування здорових звичок, що підтримують стабільний режим харчування та сну;

- експозицію з попередженням реакцій — поступове зниження тривоги, пов'язаної з їжею або страхом безсоння;

CBT-I (когнітивно-поведінкова терапія для інсомнії) — спеціалізована програма, яка знижує гіперконтроль за сном і нормалізує цикл сну-неспання.

Сімейно-орієнтовані методи є особливо важливими при лікуванні анорексії, булімії та розладів переїдання, оскільки сімейне середовище часто впливає на формування патологічних харчових патернів. Серед найбільш відомих підходів:

- метод Маудслі — передбачає активну участь батьків у відновленні харчової поведінки, підтримку поступового повернення до здорової ваги та роботи з конфліктами;

- системна сімейна терапія — досліджує несвідомі ролі та динаміку взаємин у сім'ї, які впливають на симптоми пацієнта;

- психоедукація для сім'ї — навчання близьких ефективним способам підтримки, зменшення стигматизації та формування безпечного простору для одужання.

Сучасні психотехніки значно розширюють можливості терапії, дозволяючи індивідуалізувати підхід:

- майндфулнес (Mindfulness-Based Therapy) — розвиває усвідомленість щодо тілесних сигналів, емоцій та думок, знижує тривогу й допомагає подолати гіперконтроль;

- схематерапія — спрямована на виявлення і трансформацію глибинних когнітивно-емоційних патернів, що підтримують дисфункційні поведінки;

- діалектична поведінкова терапія (DBT) — особливо ефективна при булімії та компульсивному переїданні, навчає навичок емоційної регуляції й толерантності до дистресу;

- тілесно-орієнтовані методи — використовуються при алекситимії та труднощах у розпізнаванні тілесних сигналів, допомагають відновити відчуття власного тіла, навчитися розпізнавати голод, ситість та відпочинок;

- гігієна сну та релаксаційні практики — дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація, аудіопротоколи для регуляції сну.

Важливим аспектом сучасної терапії є мультидисциплінарний підхід, який передбачає співпрацю психотерапевтів, психіатрів, сомнологів, дієтологів і сімейних консультантів. Це дозволяє поєднати психотерапевтичну роботу з медичним супроводом, корекцією харчування, навчанням пацієнта навичкам саморегуляції та профілактикою рецидивів.

Таким чином, ефективна терапія розладів харчування і сну спирається на поєднання КПТ, сімейних методів та новітніх психотехнік, що забезпечує цілісний підхід до лікування. Вона не лише спрямована на усунення симптомів, а й допомагає пацієнтові відновити здорові стосунки з тілом, їжею, емоціями та сном, підвищуючи адаптивність і якість життя.

ПИТАННЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. У чому полягають особливості нервової анорексії у жінок і чоловіків, та які існують її клінічні форми?
2. Як поняття «аноректична сім'я» (М. С. Палаццолі, С. Мінухін) пояснює розвиток розладів харчової поведінки?
3. Які особистісні риси характерні для пацієнтів з нервовою булімією та які соматичні ускладнення супроводжують цей розлад?
4. Які психодинамічні підходи пояснюють походження розладів харчування?
5. Які сучасні психотерапевтичні стратегії застосовуються для лікування анорексії та булімії?
6. Які психосоціальні фактори найчастіше зумовлюють порушення сну?

Рекомендована література

Основна:

1. Дейнека Л. Основи психосоматики : науково-допоміжний бібліографічний показник / Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, Бібліотека ; уклад. Л. Дейнека. – Луцьк, 2017.
2. Ісаков Р. І. Психосоматична патологія. – Київ : Медицина, 2023. – 167 с.
3. Чабан О. С., Хаустова О. О. Практична психосоматика: діагностичні шкали. – Київ : Медицина, 2021. – 200 с.
4. Шторк, Т. Психоаналіз і психосоматика / Тімо Шторк ; наук. ред. З. Кечур. — Львів : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2025. — 252 с.
5. Peseschkian N. Positive Psychosomatics: Clinical Manual of Positive Psychotherapy. – Bloomington (USA) : Author House, 2016. – 601 с.
6. 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>

Додаткова

1. Литвиненко О. Д. Проблема психотравми у психологічній науці: основні погляди та підходи // Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія. – 2016. – Т. 21, вип. 1. – С. 180–186.
2. Alexander F. Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications. – New York : W. W. Norton, 1979.
3. Bräutigam W., Paul C., Von Rad M. Psychosomatische Medizin : Ein kurzgefaßtes Lehrbuch. – Stuttgart : Thieme Georg Verlag, 1997. – 428 p.
4. Dunbar H. F. Emotions and Bodily Changes: A Survey of Literature on Psychosomatic Interrelationships 1910–1933. – New York : Columbia University Press, 1935.
5. McDougall J. Theaters of the Body : A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness. – New York : W. W. Norton & Company, 1989. – 687 p.
6. Galdi M., Bruno E. Viana Campos. Theoretical models in psychosomatic psychoanalysis : a review // *Temas em Psicologia*. – 2017. – Vol. 25, № 1. – С. 29–40.
7. Paštar Zvonimir. Psychoanalytic Concepts in Psychosomatics // *Psihoterapija*. – 2024. – Vol. 38, № 1–2. – С. 58–82.
8. Remmers A. What Does Our Body Tell Us in Therapy? // *The Global Psychotherapist*. – 2021. – Vol. 1, № 2. – С. 41–44.

Електронні інформаційні ресурси

1. Актуальні проблеми психології». Наукові праці Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Режим доступу: <http://appspsychology.org.ua/index.php/ua/dlia-avtoriv>
2. Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського. Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/>
3. Психологічна бібліотека Київського Фонду сприяння розвитку психічної культури.

- Режим доступу: <http://psylib.kiev.ua/>
4. American Psychologist. Journal of American Psychological Association. Режим доступу: <https://www.apa.org/pubs/journals/amp/>
 5. Journal of Personality and Social Psychology. Journal of American Psychological Association. Режим доступу: <https://www.apa.org/pubs/journals/psp/>
 6. Science: (AAAS). Режим доступу: <http://www.sciencemag.org>
 7. Taylor & Francis. Режим доступу: <http://www.informaworld.com>
 8. World Association for Positive and Transcultural Psychotherapy [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.positum.org/> – (n.d.)
 9. Positive and Transcultural Psychotherapy Journal [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.positum.org/ppt-journal/>.

ТЕМА 6. Сексуальні дисфункції

План лекції:

1. Класифікація сексуальних дисфункцій у сучасних міжнародних стандартах : основні діагностичні категорії.
2. Історико-концептуальні аспекти вивчення сексуальних дисфункцій: еволюція понять «фригідність», «психологічне безпліддя», «боязнь зачаття» та їх психодинамічні інтерпретації.
3. Біопсихосоціальні моделі сексуальних дисфункцій: інтеграція біологічних, психологічних, соціальних та міжособистісних чинників.
4. Клініко-психологічні прояви сексуальних дисфункцій: від сексуальної ареактивності та оргазмічної дисфункції до передчасної еякуляції, вагінізму та диспареунії.
5. Психодинамічні концепції сексуальних дисфункцій: психогенез, «синдром очікування сексуальної невдачі», механізми психологічного захисту та компенсаторні стратегії.
6. Сучасні психотерапевтичні підходи і психотехніки у лікуванні сексуальних дисфункцій.

1. Класифікація сексуальних дисфункцій у сучасних міжнародних стандартах: основні діагностичні категорії

Сексуальні дисфункції — це розлади, що проявляються стійкими порушеннями сексуального бажання, збудження, оргазму або відчуттям болю під час статевого акту, які викликають значний дистрес або ускладнюють міжособистісні стосунки. У сучасних міжнародних стандартах — DSM-5 та МКБ-11 — сексуальні дисфункції класифікуються відповідно до фази сексуального реагування та характеру проблеми.

До основних діагностичних категорій належать:

Розлади сексуального бажання:

гіпоактивний сексуальний потяг у чоловіків;

знижене або відсутнє сексуальне бажання у жінок;

статева відраза та приховані форми сексуального уникнення.

Розлади сексуального збудження:

еректильна дисфункція (недостатня або нестійка ерекція);

відсутність або недостатність генітальної реакції у жінок.

Оргазмічні розлади:

оргазмічна дисфункція у жінок (аноргазмія) — первинна або вторинна;

затримка або відсутність еякуляції у чоловіків;

передчасна еякуляція.

Больові сексуальні розлади:

диспареунія — біль під час статевого акту;

вагінізм — мимовільні скорочення м'язів тазового дна, що унеможливають або різко ускладнюють статевий акт.

Інші сексуальні розлади:

надмірний статевий потяг;

нав'язлива мастурбація;

промискуїтет, сатириазіс та донжуанізм.

МКБ-11 виділяє сексуальні дисфункції за етіологічним принципом: органічні, психогенні та змішані форми. DSM-5 додатково вказує на важливість визначення тривалості розладу (тимчасовий або хронічний), його генералізованого чи ситуаційного характеру, а також суб'єктивної дистресності для пацієнта.

Таким чином, сучасні класифікаційні підходи дозволяють не лише деталізувати види сексуальних дисфункцій, але й визначати оптимальні стратегії діагностики та терапії залежно від комплексності біопсихосоціальних факторів.

2. Історико-концептуальні аспекти вивчення сексуальних дисфункцій: еволюція понять «фригідність», «психологічне безпліддя», «боязнь зачаття» та їх психодинамічні інтерпретації

Історія вивчення сексуальних дисфункцій демонструє еволюцію поглядів на природу сексуальності, від суто біологічних пояснень до розуміння її як комплексного психосоціального феномена. У XIX — на початку XX століття сексуальні порушення часто трактувалися через моральні та соціальні категорії. Наприклад, термін «фригідність» застосовували для опису відсутності сексуального бажання або задоволення у жінок, часто пояснюючи це «вроженою холодноїстю» чи «дефектами характеру». Сучасна психотерапія відмовилася від цього терміна через його стигматизуючий характер, замінивши його на більш нейтральні діагностичні категорії — «розлад сексуального бажання» або «порушення сексуального збудження».

Інше історично поширене поняття — «психологічне безпліддя». Раніше його розглядали як несвідому відмову від репродуктивної функції унаслідок внутрішніх конфліктів або емоційних травм. Дослідники пов'язували його з проблемами у стосунках із партнером, негативним досвідом дитинства, а також із несвідомими страхами материнства чи батьківства. Сучасний підхід інтегрує біологічні та психологічні фактори, визнаючи, що безпліддя може бути наслідком як медичних проблем, так і стресу, конфліктів у парі чи невирішених емоційних травм.

Особливу увагу приділяли феномену «боязні зачаття», який спостерігається як у жінок, так і у чоловіків. Психодинамічні теорії розглядають його як прояв несвідомих страхів, пов'язаних із відповідальністю за батьківство, змінами у стосунках, фінансовими труднощами або власними дитячими травмами. Ця боязнь часто лежить в основі сексуальних розладів, таких як вагінізм, диспареунія або еректильна дисфункція.

Важливу роль у формуванні сучасного розуміння сексуальних дисфункцій відіграли психоаналітичні підходи:

З. Фрейд розглядав сексуальні розлади як результат витіснених несвідомих конфліктів і нерозв'язаних комплексів раннього дитинства;

К. Абрахам підкреслював роль оральної та анальної стадій розвитку у формуванні сексуальних труднощів;

М. Кляйн розглядала сексуальність крізь призму внутрішніх об'єктних відносин, стверджуючи, що проблеми з близькістю часто відображають непропрацьовані дитячі страхи втрати любові;

О. Феніхель пов'язував сексуальні дисфункції із захисними механізмами психіки, такими як уникнення інтимності та перенесення тривоги у соматичні симптоми.

Еволюція понять показала, що сексуальні дисфункції не можна пояснювати виключно фізіологічними або моральними факторами. Сучасна психотерапія розглядає сексуальність як результат інтеграції тілесних, емоційних, когнітивних та соціокультурних компонентів, а дисфункції — як наслідок дисбалансу між ними.

3. Біопсихосоціальні моделі сексуальних дисфункцій: інтеграція біологічних, психологічних, соціальних та міжособистісних чинників

Сучасне розуміння сексуальних дисфункцій ґрунтується на біопсихосоціальній моделі, яка розглядає сексуальність як результат взаємодії біологічних, психологічних, соціокультурних та міжособистісних чинників. Цей інтегративний підхід дозволяє комплексно оцінювати причини сексуальних розладів та розробляти ефективні терапевтичні стратегії.

Біологічні чинники включають порушення гормонального фону, нейробіологічні розлади, хронічні захворювання, травми, наслідки медикаментозного лікування. Наприклад, дефіцит тестостерону може знижувати сексуальний потяг, а дисфункції судинної системи сприяють еректильним порушенням. Певні соматичні стани, як-от цукровий діабет, ожиріння або серцево-судинні захворювання, безпосередньо впливають на фізіологічні механізми сексуального реагування.

Психологічні чинники охоплюють широкий спектр емоційних і когнітивних аспектів. Низька самооцінка, сором, тривожність щодо власної привабливості або сексуальної компетентності можуть суттєво знижувати лібідо та викликати розлади збудження. Синдром очікування

сексуальної невдачі — поширений механізм, за якого страх не впоратися із сексуальним актом провокує порушення ерекції, затримку або передчасну еякуляцію, аноргазмію чи уникнення близькості. Важливу роль відіграють також захисні механізми психіки: витіснення, уникнення, інтелектуалізація або реактивні утворення, які можуть підтримувати дисфункційні патерни сексуальної поведінки.

Соціальні та культурні чинники формують установки щодо сексуальності, визначають норми та табу. Надмірно жорсткі релігійні заборони, негативне ставлення до сексу у сімейному вихованні, недостатня сексуальна освіта можуть сприяти формуванню тривожних і дисфункційних моделей поведінки. Водночас соціальний тиск, акцент на зовнішності та продуктивності здатні підсилювати страхи невдачі та формувати нав'язливе прагнення відповідати очікуванням партнера або суспільства.

Міжособистісні фактори часто є ключовими у виникненні та підтриманні сексуальних дисфункцій. Конфлікти у стосунках, відсутність емоційної близькості, нерівномірність сексуальних потреб партнерів чи страх відторгнення можуть викликати уникнення інтимності або формування вторинних розладів. Нерідко саме напруження у парі стає першопричиною симптомів, тоді як самі розлади, у свою чергу, поглиблюють відчуження між партнерами.

Біопсихосоціальна модель передбачає, що сексуальна дисфункція рідко має єдину причину. Найчастіше вона виникає як результат накопичення факторів ризику: наприклад, поєднання гормональних змін, стресу на роботі, конфліктів у парі та негативного образу власного тіла. Саме тому сучасна діагностика і терапія потребують мультидисциплінарного підходу, що поєднує медичні, психотерапевтичні та освітні інтервенції.

Таким чином, біопсихосоціальні моделі дозволяють відмовитися від вузьких пояснень сексуальних дисфункцій, пропонуючи замість цього інтегративну парадигму, яка розглядає сексуальність як динамічну систему, чутливу до змін у тілі, психіці, стосунках і соціальному контексті.

4. Клініко-психологічні прояви сексуальних дисфункцій: від сексуальної ареактивності та оргазмічної дисфункції до передчасної еякуляції, вагінізму та диспареунії

Сексуальні дисфункції проявляються широким спектром клініко-психологічних симптомів, що зачіпають різні етапи сексуального реагування — бажання, збудження, оргазм і відчуття комфорту під час статевого акту. Ці порушення можуть мати біологічні, психологічні та міжособистісні причини, але незалежно від походження вони суттєво впливають на якість життя, самооцінку та гармонію у стосунках.

Сексуальна ареактивність — це зниження або повна відсутність сексуального бажання та реактивності на еротичні стимули. Вона може бути первинною (відсутність сексуального потягу з початку статевого життя) або вторинною (виникає після періоду нормальної сексуальної активності). Ареактивність часто супроводжується відразу до сексу, уникаючою поведінкою та труднощами у підтриманні близьких стосунків. У деяких випадках наявні приховані форми сексуального уникнення, коли людина зовні підтримує інтимні стосунки, але емоційно дистанціюється, що може провокувати конфлікти в парі.

Оргазмічна дисфункція проявляється труднощами у досягненні оргазму або його повною відсутністю (аноргазмія). У жінок це може бути зумовлено психоемоційними бар'єрами, недостатньою сексуальною освітою, страхом втрати контролю чи минулими травмами. У чоловіків проблеми з оргазмом часто пов'язані із тривогою, депресією або очікуванням сексуальної невдачі.

Передчасна еякуляція — це стан, коли еякуляція настає швидше, ніж бажано, часто до або невдовзі після проникнення. Вона може бути первинною (існує від початку сексуальної активності) або вторинною (виникає пізніше, на тлі стресу, проблем у стосунках або захворювань). Передчасна еякуляція супроводжується відчуттям втрати контролю, що формує додаткову тривогу і поглиблює дисфункцію.

Затримка еякуляції трапляється рідше, але також створює значні труднощі для партнерських стосунків. Вона може бути пов'язана з психологічними бар'єрами — страхом вагітності,

несвідомою агресією чи конфліктами у парі — або із фізіологічними чинниками, такими як ендокринні порушення чи побічні ефекти медикаментів.

Вагінізм характеризується мимовільними скороченнями м'язів тазового дна, що роблять статевий акт болючим або неможливим. Його часто розглядають як прояв несвідомого захисного механізму від страху проникнення, травматичних спогадів або конфліктів щодо власної сексуальності.

Диспареунія — біль під час статевого акту, який може бути як поверхневим (у ділянці входу до піхви), так і глибоким. Вона часто поєднується з психологічними факторами, такими як тривожність, страх болю або негативний досвід сексуального контакту, а також із соматичними станами, наприклад, запальними захворюваннями або гормональними змінами.

Крім цих розладів, у клінічній практиці зустрічаються й інші феномени:

підвищений статевий потяг — надмірна сексуальна активність, яка заважає соціальному функціонуванню;

нав'язлива мастурбація та проміскуїтет, які іноді виконують компенсаторну функцію, приховуючи страхи близькості або низьку самооцінку;

психосексуальні кризи — наприклад, у молодих жінок при переході до нових етапів сексуальної ідентичності або формуванні тривалих стосунків.

Важливо розуміти, що клінічні прояви сексуальних дисфункцій майже завжди мають емоційне та міжособистісне забарвлення. Пацієнти часто переживають почуття провини, сорому, зниження самооцінки, страх втратити партнера. Це створює порочне коло: симптоми поглиблюють психологічний дистрес, а дистрес — підсилює симптоми.

Саме тому сучасна психотерапія поєднує роботу з тілесними аспектами сексуальності, корекцію дисфункційних переконань та емоційне опрацювання травматичного досвіду, що дозволяє розірвати це коло й відновити здорове сексуальне функціонування.

5. Психодинамічні концепції сексуальних дисфункцій: психогенез, «синдром очікування сексуальної невдачі», механізми психологічного захисту та компенсаторні стратегії

Психодинамічні підходи розглядають сексуальні дисфункції як результат несвідомих конфліктів, дитячих переживань та особливостей розвитку об'єктних відносин. Сексуальність у цій парадигмі сприймається як складна система, яка формується під впливом ранніх взаємин із батьківськими фігурами, інтрапсихічних процесів і соціокультурного контексту.

З. Фрейд вважав, що сексуальні дисфункції виникають через витіснені несвідомі бажання та конфлікти між Ід, Его та Суперего. Наприклад, суворі заборони чи негативне ставлення до сексу в дитинстві можуть сформувати глибоке почуття провини та тривоги, що у дорослому віці проявляється еректильною дисфункцією, аноргазмією або униканням близькості.

К. Абрахам і О. Феніхель доповнили цю концепцію, звертаючи увагу на оральну та анальну стадії розвитку. Вони вважали, що фіксація на цих етапах може призвести до амбівалентного ставлення до сексу, поєднання бажання близькості з її уникненням.

М. Кляйн внесла важливий внесок у розуміння сексуальних дисфункцій через призму внутрішніх об'єктних відносин. Вона підкреслювала, що непропрацьовані дитячі страхи втрати любові, відкидання чи покарання можуть призводити до відсутності сексуального бажання, тривожності під час інтимності або несвідомої відрази до партнера.

Одним із центральних понять у психодинамічних моделях є «синдром очікування сексуальної невдачі». Він описує ситуацію, коли страх не впоратися з сексуальним актом стає настільки сильним, що сам спричиняє дисфункцію. Людина заздалегідь налаштовується на поразку, що активує симпатичну нервову систему, підвищує рівень тривоги, а це, своєю чергою, призводить до порушення ерекції, затримки або передчасної еякуляції, аноргазмії чи вагінізму.

Важливу роль відіграють механізми психологічного захисту, які формуються у відповідь на емоційний дискомфорт і тривогу:

витіснення — несвідоме усунення сексуальних бажань зі свідомості;

реактивне утворення — надмірна демонстрація байдужості або навіть відрази до сексу при наявності прихованого потягу;

інтелектуалізація — уникнення тілесного контакту через надмірну концентрацію на раціональному обговоренні сексуальності;

проекція — приписування власних страхів або проблем партнеру («це він/вона мене не бажає»).

Сексуальні дисфункції також часто супроводжуються компенсаторними стратегіями, які пацієнти використовують для зменшення внутрішньої напруги:

компенсація — перенесення фокусу на інші сфери життя (робота, спорт, соціальні досягнення);

псевдокомпенсація — створення видимості високої сексуальної активності при фактичній відсутності емоційної близькості;

гіперкомпенсація — надмірна сексуальна активність, проміскуїтет або нав'язлива мастурбація як спосіб уникнення переживання власних страхів та невпевненості.

З точки зору психодинаміки, сексуальні дисфункції — це не просто проблема фізіології або поведінки, а прояв глибинних внутрішніх конфліктів. Терапія в цьому підході передбачає роботу з витісненими переживаннями, реконструкцію об'єктних відносин, усвідомлення дитячих травм та формування більш адаптивних способів емоційного реагування.

6. Сучасні психотерапевтичні підходи і психотехніки у лікуванні сексуальних дисфункцій

Сучасні підходи до лікування сексуальних дисфункцій базуються на мультидисциплінарній моделі, що поєднує медичні, психологічні та соціальні інтервенції. Основна мета терапії полягає у відновленні здорової сексуальної функції, зниженні тривожності та покращенні якості інтимних стосунків. У практиці використовуються кілька провідних напрямів психотерапії, які можуть комбінуватися залежно від потреб клієнта.

1. Психодинамічний підхід

Цей напрям зосереджується на виявленні несвідомих конфліктів і реконструкції внутрішніх об'єктних відносин, що впливають на сексуальність. Робота включає:

усвідомлення витіснених бажань, страхів і травм;

аналіз впливу батьківських фігур і ранніх досвідів на сексуальну поведінку;

пропрацювання синдрому очікування сексуальної невдачі та почуття провини;

формування більш адаптивних способів емоційного реагування та побудови близькості.

Психодинамічна терапія особливо ефективна у випадках, коли сексуальна дисфункція пов'язана з глибинними дитячими травмами, невирішеними внутрішніми конфліктами або проблемами ідентичності.

2. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)

КПТ орієнтована на корекцію дисфункційних переконань і поведінкових патернів, що підтримують сексуальні розлади. Вона передбачає:

роботу з негативними установками щодо сексуальності («я недостатньо привабливий», «у мене не вийде»);

техніки управління тривогою, пов'язаною із сексуальною активністю;

вправи на десенсибілізацію та фокусування на тілесних відчуттях (метод сенсейт-фокус);

навчання партнерів відкритій комунікації щодо потреб, бажань і страхів.

КПТ вважається однією з найефективніших терапій при еректильній дисфункції, аноргазмії, вагінізмі та передчасній еякуляції.

3. Сімейно-орієнтовані методи

У випадках, коли сексуальні дисфункції виникають або загострюються через напруження у стосунках, важливим компонентом терапії є сімейна та парна терапія. Вона допомагає:

налагодити емоційний контакт і взаєморозуміння між партнерами;

вирішити приховані конфлікти та невдоволення у стосунках;

навчити подружжя ефективній комунікації щодо сексуальних потреб та очікувань;

інтегрувати сексуальність у ширший контекст близькості та підтримки.

4. Тілесно-орієнтовані та інтегративні психотехніки

Ці методи застосовуються для роботи з психосоматичними компонентами сексуальних розладів. Вони включають:

тілесно-орієнтовані вправи для зниження напруги та відновлення контакту зі своїм тілом;

навчання навичкам регуляції дихання та релаксації;

інтеграцію майндфулнес-практик для підвищення усвідомленості та чутливості до власних тілесних відчуттів.

5. Сучасні психотехніки та мультидисциплінарний підхід

Робота з сексуальними дисфункціями часто вимагає співпраці психотерапевта, сексолога, ендокринолога, гінеколога або уролога. Використовуються:

психоосвіта щодо сексуальної анатомії, фізіології та нормального спектра сексуальної поведінки;

розробка індивідуального плану втручань з урахуванням психічних і фізичних факторів;

гігієна сексуального життя та профілактика залежності від медикаментозних засобів;

використання сучасних технік, що поєднують когнітивну реструктуризацію, тілесні практики та інтерактивні методи роботи з парою.

Таким чином, сучасна терапія сексуальних дисфункцій ґрунтується на комплексний підхід, у якому поєднуються психодинамічна робота, когнітивно-поведінкові техніки, сімейно-орієнтовані методи та тілесні практики. Головним завданням є не лише усунення симптомів, а й відновлення здорової сексуальної ідентичності, підвищення задоволення від інтимності та покращення якості життя.

ПИТАННЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Які класифікаційні підходи до розладів харчування і сну подані у DSM-5, МКБ-11 та ICD-11?
2. Яку роль відіграють психодинамічні та сімейні чинники у формуванні нервової анорексії та булімії?
3. Які сучасні психотерапевтичні та психотехнічні підходи застосовуються при лікуванні розладів харчування та сну?
4. Які профілактичні стратегії рекомендуються для зниження ризику розвитку хронічних розладів харчування та інсомнії?

Рекомендована література

Основна:

1. Дейнека Л. Основи психосоматики : науково-допоміжний бібліографічний показник / Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, Бібліотека ; уклад. Л. Дейнека. – Луцьк, 2017.

2. Ісаков Р. І. Психосоматична патологія. – Київ : Медицина, 2023. – 167 с.

3. Литвиненко О. Д. Проблема психотравми у психологічній науці: основні погляди та підходи // Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія. – 2016. – Т. 21, вип. 1. – С. 180–186.

4. Peseschkian N. Positive Psychosomatics: Clinical Manual of Positive Psychotherapy. – Bloomington (USA) : Author House, 2016. – 601 с.

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>

Додаткова

1. Бочелюк В. Й., Панов М. С., Спицька Л. В. Реабілітаційна психологічна допомога при психосоматичних захворюваннях // Наукові перспективи. – 2022. – № 9(27). – С. 313–324.

2. Одинець О. А., Шукалова О. С., Даніліч-Скакун А. А., Нежута А. В., Хижняк М. В. Причинно-системний холистичний підхід до проблеми психосоматичних

захворювань // Проблеми сучасної психології. – 2020. – № 2. – С. 105–114. – URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pspz_2020_2_13.

Електронні інформаційні ресурси

1. Актуальні проблеми психології». Наукові праці Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Режим доступу: <http://appspsychology.org.ua/index.php/ua/dlia-avtoriv>
2. Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського. Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/>
3. Психологічна бібліотека Київського Фонду сприяння розвитку психічної культури. Режим доступу: <http://psylib.kiev.ua/>
4. American Psychologist. Journal of American Psychological Association. Режим доступу: <https://www.apa.org/pubs/journals/amp/>
5. Journal of Personality and Social Psychology. Journal of American Psychological Association. Режим доступу: <https://www.apa.org/pubs/journals/psp/>
6. Science: (AAAS). Режим доступу: <http://www.sciencemag.org>
7. Taylor & Francis. Режим доступу: <http://www.informaworld.com>
8. World Association for Positive and Transcultural Psychotherapy [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.positum.org/> – (n.d.)
9. Positive and Transcultural Psychotherapy Journal [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.positum.org/ppt-journal/>.

ТЕМА 7. Соматогенні психічні розлади. Розлади особистості у соматично хворих. Діагностика і лікування психосоматичних хворих

План лекції:

1. Біопсихосоціальна модель психосоматичних розладів: інтеграція соматичного, психологічного та соціального рівнів у сучасних класифікаційних системах (DSM-5, ICD-11).
2. Соматогенні психічні розлади: депресивні, тривожні та адаптаційні реакції при соматичних захворюваннях; діагностичні труднощі соматизованих депресій та фактори резистентності до фармакотерапії.
3. Особистісні чинники формування психосоматичних синдромів: вплив характерологічних типів на клінічну картину та динаміку симптомів.
4. Методи обстеження психосоматичних хворих: клінічне інтерв'ю, психодіагностичні інструменти та підходи до верифікації коморбідних станів.
5. Принципи лікування психосоматичних хворих: індивідуалізація терапії, комбіновані втручання, динамічна корекція психічного і фізичного стану пацієнта.
6. Психотерапевтичні підходи та новітні психотехніки: когнітивно-поведінкова терапія, методи аналітичної психотерапії, гештальт-терапія, психоаналітичний підхід, позитивна та транскультуральна психотерапія (Н. Пезешкіан).

1. Біопсихосоціальна модель психосоматичних розладів: інтеграція соматичного, психологічного та соціального рівнів у сучасних класифікаційних системах (DSM-5, ICD-11)

Сучасне розуміння психосоматичних розладів ґрунтується на біопсихосоціальній моделі, яка розглядає розвиток симптомів як результат взаємодії соматичних, психологічних і соціальних факторів. Цей підхід відмовляється від спрощених уявлень про «психосоматичну» чи «соматогенну» природу розладу, наголошуючи на їхній взаємозалежності.

Згідно з DSM-5 та МКБ-11, психосоматичні симптоми більше не класифікуються за старими типологіями, що акцентувалися лише на особистісних рисах чи ізольованих конфліктах. Натомість сучасні системи діагностики інтегрують біологічні механізми (генетичні фактори, нейробиологічні зміни, функціонування ендокринної та імунної системи), психологічні чинники (емоційна регуляція, стресостійкість, інтерпретація тілесних сигналів) та соціальні умови (сімейний контекст, культура, рівень підтримки оточення).

Важливим компонентом біопсихосоціальної моделі є визнання того, що психосоматичні симптоми не є прямим відображенням органічної патології, а результатом складної інтеграції соматичних і психічних процесів. Наприклад, хронічний стрес може активувати гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь, сприяючи гормональному дисбалансу, що впливає на функціонування серцево-судинної, шлунково-кишкової та імунної систем.

Сучасна діагностика акцентує на синдромному підході, який передбачає врахування не лише соматичних проявів, а й когнітивно-емоційних та поведінкових особливостей пацієнта. У практиці це означає використання комплексних методів скринінгу й інструментів оцінки, що дозволяють одночасно досліджувати тілесні, психологічні та соціальні параметри функціонування пацієнта.

2. Соматогенні психічні розлади: депресивні, тривожні та адаптаційні реакції при соматичних захворюваннях; діагностичні труднощі соматизованих депресій та фактори резистентності до фармакотерапії

Соматогенні психічні розлади — це стани, коли психічні порушення виникають на тлі або внаслідок соматичних захворювань. Вони формуються в результаті взаємодії біологічних механізмів хвороби, психологічного реагування пацієнта та соціального контексту. Хронічні захворювання серцево-судинної, ендокринної, онкологічної чи автоімунної природи створюють тривале емоційне напруження, що призводить до депресивних, тривожних і адаптаційних реакцій.

Депресивні розлади при соматичних захворюваннях зустрічаються дуже часто, але нерідко залишаються недооціненими через маскування симптомів. Пацієнти рідко скаржаться на сум чи втрату інтересу, натомість переважають соматичні скарги: втома, болі, розлади сну, зміни апетиту. Такий стан називають соматизованою депресією. Особливістю є те, що вона часто не розпізнається як депресія і довго залишається без лікування, що погіршує перебіг соматичної хвороби та якість життя.

Тривожні розлади у соматично хворих проявляються підвищеною тривожністю, нав'язливими думками про можливі ускладнення чи смерть, гіпервігілантністю щодо тілесних відчуттів. Це створює замкнене коло: тривога посилює соматичні симптоми, а їх наявність — підсилює тривогу.

Адаптаційні реакції виникають як відповідь на діагноз хронічного або загрозливого захворювання. У таких випадках пацієнти часто стикаються з почуттям безпорадності, втратою контролю, змінами життєвих цінностей. Ці стани варіюють від легкої реактивної депресії до глибоких порушень соціальної та професійної адаптації.

Важливим аспектом є діагностичні труднощі. У клінічній практиці симптоми депресії чи тривоги часто сприймають як «нормальну» реакцію на хворобу або як прояв основного соматичного розладу. Це призводить до запізненого виявлення психічних порушень і ускладнює лікування.

Ще однією проблемою є резистентність до фармакотерапії. Причини можуть включати: поєднання психічних і фізичних симптомів, що ускладнює підбір препаратів; побічні ефекти антидепресантів чи анксіолітиків, що впливають на соматичний стан; низьку комплаєнтність пацієнтів, зумовлену страхом перед психотропними засобами; відсутність комплексного підходу, коли лікування спрямоване лише на тіло, а не на інтеграцію психічного й соматичного.

Ефективне лікування соматогенних психічних розладів вимагає мультидисциплінарної співпраці: лікарів різних спеціальностей, психотерапевтів, психіатрів та соціальних працівників. Тільки інтеграція медичних, психологічних і соціальних підходів дозволяє зменшити симптоми, підвищити якість життя пацієнта і знизити ризик хронізації розладів.

3. Особистісні чинники формування психосоматичних синдромів: вплив характерологічних типів на клінічну картину та динаміку симптомів

Особистісні чинники відіграють ключову роль у формуванні та перебігу психосоматичних синдромів. Тип реагування на стрес, здатність до емоційної регуляції, особливості міжособистісних відносин і стиль мислення — усе це визначає, як людина переживає хворобу та адаптується до неї. Психосоматичний симптом часто стає способом вираження конфліктів, емоцій і потреб, які не можуть бути усвідомлені або вербалізовані.

Класичні дослідження виділяють кілька характерологічних типів, схильних до формування психосоматичних розладів:

Алекситимічний тип — для таких людей характерні труднощі у розпізнаванні й вираженні власних емоцій, що сприяє соматизації афектів. Вони схильні зосереджуватися на тілесних відчуттях і описують проблеми переважно фізичними термінами, ігноруючи психологічні аспекти.

Тривожно-залежний тип — люди з підвищеною потребою у схваленні та підтримці, які гостро реагують на загрози втрати безпеки або близьких стосунків. Їхня психіка часто компенсує емоційні конфлікти тілесними симптомами, що підсилює взаємозв'язок між стресом і соматичними реакціями.

Обсесивно-контрольний тип — особистості з високим рівнем самоконтролю, схильністю до перфекціонізму й пригнічення емоцій. У них часто розвиваються психосоматичні розлади, коли пригнічені емоції «прориваються» у вигляді тілесних симптомів, наприклад, головного болю напруги або гіпертонії.

Демонстративний тип — для цих людей характерна потреба у визнанні й емоційній увазі. Вони можуть несвідомо «використовувати» тілесні симптоми як спосіб привернути турботу та підтримку оточення.

Важливу роль відіграє також рівень стресостійкості та ефективність механізмів психологічного захисту. Пацієнти з низьким рівнем емоційної регуляції, схильні до катастрофізації подій, значно частіше демонструють виражені психосоматичні симптоми.

У клінічній практиці спостерігається, що саме особистісні риси визначають:

виразність симптомів — наприклад, obsесивно-контрольні особистості можуть фіксуватися на найменших змінах у фізичному стані;

динаміку перебігу — люди з високим рівнем емоційної гнучкості зазвичай краще адаптуються, тоді як пацієнти з ригідними особистісними структурами схильні до хронізації симптомів;

комплаєнтність у лікуванні — особи з низьким рівнем довіри або високою залежністю від контролю часто відмовляються виконувати терапевтичні рекомендації, що знижує ефективність лікування.

Розуміння особистісних чинників дозволяє індивідуалізувати підхід до лікування психосоматичних пацієнтів. Терапія у таких випадках включає роботу не тільки з симптомом, а й із глибинними патернами поведінки та емоційного реагування, що допомагає досягти стійкого терапевтичного ефекту.

4. Методи обстеження психосоматичних хворих: клінічне інтерв'ю, психодіагностичні інструменти та підходи до верифікації коморбідних станів

Обстеження психосоматичних пацієнтів вимагає **комплексного підходу**, що враховує не лише соматичні симптоми, але й емоційний стан, особистісні особливості та соціальний контекст. Основною метою є виявлення зв'язку між психологічними факторами, соматичними проявами та поведінкою пацієнта.

Першим етапом є клінічне інтерв'ю, яке дозволяє встановити терапевтичний контакт і отримати розгорнуту інформацію про:

анамнез захворювання — початок, тривалість, характер перебігу, загострення на фоні стресу;

соматичні симптоми та їхній суб'єктивний вплив на якість життя;

емоційний стан — рівень тривоги, депресивні прояви, стресові фактори;

сімейний та соціальний контекст — підтримка, конфлікти, стосунки у близькому оточенні;

ставлення до хвороби — рівень усвідомлення, установки щодо лікування, очікування від терапії.

Далі використовуються психодіагностичні інструменти, які допомагають оцінити психічний стан і виявити приховані емоційні та когнітивні порушення:

Шкала тривоги та депресії HADS — оцінює рівень емоційного дистресу у пацієнтів із соматичними захворюваннями.

Шкала алекситимії TAS-20 — визначає здатність розпізнавати й вербалізувати емоції, що є важливим при соматизаційних розладах.

MMPI-2 (Міннесотський багатопрофільний особистісний опитувальник) — дає змогу оцінити особистісні риси, механізми психологічного захисту та схильність до соматизації.

PHQ-15 (Patient Health Questionnaire) — допомагає кількісно оцінити інтенсивність соматичних симптомів.

Особлива увага приділяється верифікації коморбідних станів. Це передбачає використання комплексного підходу, який поєднує:

клінічну діагностику — ретельний збір анамнезу та фізикальне обстеження;

лабораторні та інструментальні методи для виключення органічних причин симптомів;

психологічну оцінку для визначення ролі емоційних і когнітивних факторів у формуванні симптомів.

Дуже важливим є також оцінювання стратегії подолання стресу та особистісних ресурсів пацієнта. Це дозволяє визначити, наскільки симптоми є результатом дезадаптивних патернів поведінки або невирішених внутрішніх конфліктів.

Комплексне обстеження допомагає створити цілісну картину стану пацієнта, що є основою для формування індивідуалізованого плану лікування і вибору оптимальних психотерапевтичних стратегій.

5. Принципи лікування психосоматичних хворих: індивідуалізація терапії, комбіновані втручання, динамічна корекція психічного і фізичного стану пацієнта

Лікування психосоматичних хворих ґрунтується на комплексному та мультидисциплінарному підході, що враховує взаємозв'язок соматичних, психологічних та соціальних факторів. Метою терапії є не лише усунення симптомів, але й поліпшення якості життя пацієнта, відновлення емоційної рівноваги та підвищення стресостійкості.

Першим базовим принципом є індивідуалізація терапії. Лікувальна стратегія підбирається з урахуванням:

- типу психосоматичного розладу та особливостей його перебігу;
- наявності супутніх захворювань і коморбідних психічних станів;
- характерологічних рис, рівня емоційної регуляції та механізмів психологічного захисту;
- життєвої ситуації пацієнта, його ресурсів та підтримки оточення.

Індивідуальний підхід дозволяє створити гнучку терапевтичну програму, яка відповідає реальним потребам пацієнта та його готовності до змін.

Другий ключовий принцип — комбіновані втручання. Найефективніші результати досягаються за рахунок поєднання:

медикаментозної терапії (анксіолітики, антидепресанти, стабілізатори настрою, засоби для корекції вегетативних проявів);

психотерапії як основного методу роботи з психологічними факторами (психодинамічний, когнітивно-поведінковий, тілесно-орієнтований, інтегративний підходи);

психоосвіти пацієнта та його сім'ї для підвищення усвідомленості та мотивації до лікування;

роботи з соціальним середовищем — підтримка партнерів, родини, колег, що допомагає знизити рівень стресу.

Третій важливий принцип — динамічна корекція психічного і фізичного стану. У процесі терапії постійно оцінюється ефективність лікування та при необхідності змінюються методи й акценти. Наприклад, на початкових етапах може домінувати контроль гострих симптомів (больових, кардіальних, шлунково-кишкових), а згодом — робота з глибинними емоційними конфліктами і розвитком навичок саморегуляції.

Важливо також враховувати роль психосоціальної підтримки та ресурсів пацієнта. Часто терапія включає навчання технік самодопомоги, релаксаційних практик, методів зниження тривоги та профілактики загострень.

Застосування принципів індивідуалізації, комбінованих втручань і динамічної корекції дозволяє досягти стійкого покращення стану навіть при хронічних психосоматичних розладах. Це створює умови для повноцінної інтеграції психічного та фізичного здоров'я пацієнта.

6. Психотерапевтичні підходи та новітні психотехніки: когнітивно-поведінкова терапія, методи аналітичної психотерапії, гештальт-терапія, психоаналітичний підхід, позитивна та транскультуральна психотерапія (Н. Пезешкіан)

Психотерапевтична робота з психосоматичними пацієнтами спрямована на зменшення інтенсивності соматичних симптомів, усвідомлення психологічних конфліктів і формування більш здорових моделей поведінки. У сучасній клінічній практиці застосовуються різні методи, які поєднуються залежно від індивідуальних потреб пацієнта.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) вважається одним із найефективніших підходів для лікування психосоматичних розладів. Вона допомагає пацієнтам:

- виявити автоматичні думки й переконання, що підтримують симптоми;
- навчитися розпізнавати зв'язок між емоційними станами, поведінкою і соматичними проявами;

опанувати техніки регуляції стресу та тривоги (дихальні вправи, релаксація, майндфулнес);

поступово замінювати дезадаптивні патерни поведінки на більш конструктивні. Особлива увага приділяється корекції катастрофізації симптомів, яка часто підтримує замкнене коло «тривога — соматичні прояви — нова тривога».

Методи аналітичної психотерапії зосереджені на виявленні й пропрацюванні несвідомих конфліктів, що можуть відображатися у вигляді тілесних симптомів. Терапія дозволяє пацієнтові усвідомити приховані переживання, невирішені дитячі травми, амбівалентні стосунки з важливими об'єктами та знайти нові способи емоційного вираження.

Гештальт-терапія допомагає пацієнтам інтегрувати розрізнені частини власного досвіду та підвищити усвідомлення тіла. Вона акцентує увагу на «тут-і-зараз» і допомагає зрозуміти, як невисловлені емоції можуть проявлятися через тілесні симптоми. Використовуються техніки роботи з тілесними відчуттями, експериментальні вправи та моделювання нових способів поведінки.

Психоаналітичний підхід застосовується для глибшого дослідження механізмів формування соматичних симптомів. Терапевт допомагає пацієнтові усвідомити приховані мотиви, витіснені емоції, несвідомі фантазії та роль раннього досвіду у формуванні симптомів. Завдяки цьому пацієнт поступово отримує доступ до власних внутрішніх ресурсів та здатності до психічної інтеграції.

Позитивна та транскультуральна психотерапія (Н. Пезешкіан) займає особливе місце серед сучасних методів. Вона поєднує психодинамічні й гуманістичні підходи та враховує цінності, міжкультурні відмінності й ресурси особистості. Основні принципи цього підходу включають:

- фокус на сильних сторонах пацієнта й пошук рішень, а не лише аналіз проблем;
- використання метафор, притч та казок для підвищення усвідомленості;
- розвиток здатності бачити ситуацію з різних культурних і ціннісних перспектив;
- формування балансу між тілесними, емоційними, інтелектуальними та соціальними потребами.

До новітніх психотехнік належать методи тілесно-орієнтованої терапії, майндфулнес-практики, біофідбек, навчання саморегуляції фізіологічних показників, техніки керованого дихання та візуалізації. Вони спрямовані на відновлення зв'язку між тілом і психікою, підвищення здатності керувати власним емоційним станом і зменшення фізичних проявів стресу.

Поєднання різних психотерапевтичних підходів дозволяє створити індивідуалізований план лікування, що максимально відповідає особливостям пацієнта. Це дає змогу не тільки зменшити соматичні симптоми, а й підвищити якість життя, покращити емоційний стан і запобігти рецидивам.

ПИТАННЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. У чому полягає сутність біопсихосоціальної моделі психосоматичних розладів і як вона відображена в сучасних класифікаціях DSM-5 та ICD-11?
2. Які особливості депресивних, тривожних та адаптаційних реакцій виникають у пацієнтів із соматичними хворобами?
3. Які чинники зумовлюють діагностичні труднощі та терапевтичну резистентність соматизованих депресій?
4. Яким чином тип особистості впливає на формування і перебіг психосоматичних синдромів?
5. Які методи обстеження та психодіагностичні інструменти є релевантними для верифікації соматогенних психічних розладів?
6. Які сучасні психотерапевтичні підходи та психотехніки застосовуються при лікуванні психосоматичних хворих?

Рекомендована література

Основна:

1. Дейнека Л. Основи психосоматики : науково-допоміжний бібліографічний показник / Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, Бібліотека ; уклад. Л. Дейнека. – Луцьк, 2017.
2. Ісаков Р. І. Психосоматична патологія. – Київ : Медицина, 2023. – 167 с.
3. Литвиненко О. Д. Проблема психотравми у психологічній науці: основні погляди та підходи // Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія. – 2016. – Т. 21, вип. 1. – С. 180–186.
4. Чабан О. С., Хаустова О. О. Практична психосоматика: діагностичні шкали. – Київ : Медицина, 2021. – 200 с.
5. Шторк, Т. Психоаналіз і психосоматика / Тімо Шторк ; наук. ред. З. Кечур. — Львів : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2025. — 252 с.
6. Peseschkian N. Positive Psychosomatics: Clinical Manual of Positive Psychotherapy. – Bloomington (USA) : Author House, 2016. – 601 с.
7. Remmers A. The Psychosomatic Arc in Therapy // The Global Psychotherapist. – 2022. – Vol. 2, № 1. – С. 69–73.
8. Remmers A. The Therapeutic Process in Positive Psychosomatics: "Five Fingers" Forming a Therapeutic Relationship in Psychosomatic Medicine // The Global Psychotherapist. – 2024. – Vol. 4, № 2. – С. 57–61.

Додаткова

1. Бочелюк В. Й., Панов М. С., Спицька Л. В. Реабілітаційна психологічна допомога при психосоматичних захворюваннях // Наукові перспективи. – 2022. – № 9(27). – С. 313–324.
2. Одинець О. А., Шукалова О. С., Даніліч-Скакун А. А., Нежута А. В., Хижняк М. В. Причинно-системний холистичний підхід до проблеми психосоматичних захворювань // Проблеми сучасної психології. – 2020. – № 2. – С. 105–114. – URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pspz_2020_2_13.

Електронні інформаційні ресурси

1. Актуальні проблеми психології». Наукові праці Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Режим доступу: <http://appspsychology.org.ua/index.php/ua/dlia-avtoriv>
2. Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського. Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/>
3. Психологічна бібліотека Київського Фонду сприяння розвитку психічної культури. Режим доступу: <http://psylib.kiev.ua/>
4. American Psychologist. Journal of American Psychological Association. Режим доступу: <https://www.apa.org/pubs/journals/amp/>
5. Journal of Personality and Social Psychology. Journal of American Psychological Association. Режим доступу: <https://www.apa.org/pubs/journals/psp/>
6. Science: (AAAS). Режим доступу: <http://www.sciencemag.org>
7. Taylor & Francis. Режим доступу: <http://www.informaworld.com>
8. World Association for Positive and Transcultural Psychotherapy [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.positum.org/> – (n.d.)
9. Positive and Transcultural Psychotherapy Journal [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.positum.org/ppt-journal/>.

ТЕМА 8. Сім'я як система. Сімейний симптом і сімейна криза

План лекції:

1. Системний підхід у психології сім'ї: базові параметри сімейної системи (ієрархія, межі, рольова структура, комунікація, сімейні сценарії та міфи).
2. Психосоматична сім'я: поняття, характеристика та феномен «ідентифікованого пацієнта».
3. Сімейний симптом як багатофакторне утворення: невисловлені почуття, внутрішні конфлікти, навіювання, комунікативні функції, вторинні вигоди та ідентифікаційні механізми.
4. Симптом у контексті системної динаміки: відображення психотравматичних подій, перевантаження, порушень сімейних зв'язків (переплетення, пареінтефікація, тріангуляція).
5. Рівні аналізу сімейного симптому: індивідуальний, мікросистемний (нуклеарна сім'я), макросистемний (розширена сім'я), мегасистемний (сім'я в соціальному контексті).
6. Типові картини психосоматичної сім'ї за С. Мінухіним і Ліbermanом.
7. Сучасні психотерапевтичні підходи у роботі з психосоматогенною сімейною системою: системна, структурна, стратегічна сімейна терапія та психотехніки сімейної психокорекції.

1. Системний підхід у психології сім'ї: базові параметри сімейної системи (ієрархія, межі, рольова структура, комунікація, сімейні сценарії та міфи)

Сім'я в сучасній психології розглядається як динамічна система, у якій усі елементи взаємопов'язані, а зміни в одній частині неминуче впливають на інші. Системний підхід підкреслює, що поведінка кожного члена сім'ї формується не ізольовано, а у взаємодії з іншими членами та в контексті сімейної структури, ролей і правил.

До базових параметрів сімейної системи належать:

Ієрархія — структура влади й розподіл ролей у сім'ї. Здорова сім'я має чітко визначені межі між поколіннями: батьки займають провідну позицію, а діти — підлеглу. Порушення ієрархії (наприклад, коли дитина виконує роль “дорослого”) призводить до дисфункціональних взаємодій.

Межі — психологічні та емоційні кордони між членами сім'ї та між сім'єю і зовнішнім світом. Вони можуть бути чіткими, що дозволяє поєднувати близькість і автономію, або розмитими, що спричиняє надмірну залежність, чи жорсткими, що веде до емоційної ізоляції.

Рольова структура — кожен член сім'ї виконує певні функції, які підтримують баланс системи. Дисбаланс виникає, коли ролі розмиті або перевантажені, наприклад, коли один член сім'ї змушений брати на себе надмірну відповідальність.

Комунікація — якість взаємодії між членами сім'ї. Ефективна комунікація передбачає відкритість, щирість і здатність обговорювати проблеми. Дисфункціональна комунікація часто пов'язана з прихованими конфліктами, униканням важливих тем або використанням симптомів як “мови” замість слів.

Сімейні сценарії — несвідомі моделі поведінки, що передаються з покоління в покоління. Вони визначають, як сім'я реагує на конфлікти, хвороби, втрати, успіхи чи стреси.

Сімейні міфи — колективні уявлення про себе та світ (“у нашій родині не плачуть”, “сильні не просять допомоги”), які впливають на формування цінностей і поведінкових стратегій.

Розуміння сім'ї як системи дозволяє глибше пояснити походження психосоматичних симптомів, розладів адаптації та конфліктних динамік у сімейних відносинах. Системний підхід дає змогу працювати не лише з індивідуальними проблемами, а й із усією структурою сімейної взаємодії.

2. Психосоматична сім'я: поняття, характеристика та феномен «ідентифікованого пацієнта»

Психосоматична сім'я — це система, у якій соматичний симптом одного з членів стає центральним елементом функціонування всієї сім'ї. Такий симптом часто виконує комунікативну функцію, виражаючи те, що неможливо проговорити словами, і водночас допомагає підтримувати певну рівновагу у сімейній системі.

Для психосоматичної сім'ї характерні кілька основних ознак:

Високий рівень емоційної злитості. Межі між членами сім'ї розмиті, індивідуальність кожного з них часто поступається потребам сімейної системи. Відсутність достатньої автономії створює напруження та сприяє виникненню психосоматичних симптомів.

Труднощі у вираженні почуттів. Часто у таких сім'ях переважає феномен алекситимії — нездатності розпізнавати й вербалізувати власні емоції. Невисловлені переживання знаходять вихід у вигляді соматичних скарг.

Домінування сімейних міфів і сценаріїв. У таких сім'ях можуть існувати негласні правила ("у нашій родині всі сильні й не скаржаться", "не можна показувати слабкість"), які забороняють відкрито говорити про емоції й проблеми.

Конфлікти, що приховуються. Внутрішні суперечності часто не обговорюються, але напруження знаходить вираження через симптоми одного з членів сім'ї.

Центральним поняттям є "ідентифікований пацієнт" — член сім'ї, чий соматичний або психологічний симптом виконує функцію стабілізації системи. Хвороба або дисфункція цієї людини відволікає увагу від інших проблем, знижує рівень конфліктності й утримує сім'ю від розпаду. Часто це несвідома стратегія, коли індивідуальні потреби жертвуються заради підтримання гомеостазу всієї сімейної системи.

У психосоматичних сім'ях симптоми набувають символічного значення. Наприклад, психогенна астма у дитини може відображати "задушливі" стосунки з матір'ю, головні болі батька — непроговорені конфлікти, а харчові розлади підлітка — боротьбу за автономію.

Феномен психосоматичної сім'ї важливий для розуміння того, що симптом належить не лише окремій людині, а всій системі. Ефективна допомога передбачає роботу не лише з "ідентифікованим пацієнтом", але й з усією сім'єю, її взаєминами, сценаріями та способами регуляції емоцій.

3. Сімейний симптом як багатфакторне утворення: невисловлені почуття, внутрішні конфлікти, навіювання, комунікативні функції, вторинні вигоди та ідентифікаційні механізми

Сімейний симптом у психосоматичному контексті розглядається як багатшарове утворення, що виникає на перетині індивідуальних переживань, сімейних сценаріїв та системної динаміки. Це не просто ознака хвороби окремого члена сім'ї, а відображення процесів, які відбуваються у всій сімейній системі.

Одним із ключових чинників формування сімейного симптому є невисловлені почуття. У багатьох сім'ях існують негласні заборони на прояв певних емоцій — гніву, страху, сорому чи суму. Нездатність відкрити власні переживання призводить до їхнього накопичення, і в результаті вони можуть знаходити вихід через тілесні прояви.

Важливу роль відіграють і внутрішні конфлікти, коли суперечливі бажання або потреби не знаходять дозволеного шляху реалізації. Наприклад, дитина може відчувати амбівалентні емоції до батьків: любов, що поєднується зі злістю, провину разом із потребою в автономії. Такі неусвідомлені конфлікти можуть виражатися у вигляді психосоматичних реакцій.

Ще один механізм — навіювання. У дисфункційних сім'ях часто присутні прямі чи приховані послання, які формують у членів сім'ї певні уявлення про себе і світ. Наприклад, дитині можуть повторювати: "Ти слабкий, будь обережний", і це посилює схильність до соматичних скарг, які "підкріплюють" роль слабого у системі.

Симптом також виконує комунікативні функції. У сім'ях, де відсутня здорова емоційна комунікація, тіло може "говорити" замість слів. Хвороба стає способом виразити потребу у підтримці, визнанні або близькості, коли словесні форми взаємодії заблоковані або недостатньо розвинені.

Не менш значущими є вторинні вигоди. Симптом може несвідомо виконувати функцію стабілізації системи: наприклад, утримувати батьків від розлучення, об'єднувати сім'ю довкола хворого члена або давати пацієнтові можливість уникати непосильних вимог і відповідальності.

Важливу роль відіграють ідентифікаційні механізми. Діти часто несвідомо “наслідують” поведінку батьків або інших значущих осіб, переймаючи навіть соматичні патерни реагування. Так формуються “сімейні симптоми”, що передаються між поколіннями як спосіб вираження конфліктів і стресу.

Отже, сімейний симптом — це не випадкове явище, а результат взаємодії психологічних, емоційних і комунікативних процесів у системі. Його аналіз дає змогу зрозуміти не лише природу конкретного розладу, але й глибинні механізми функціонування сім'ї, відкриваючи шлях до терапевтичних змін.

4. Симптом у контексті системної динаміки: відображення психотравматичних подій, перевантаження, порушень сімейних зв'язків (переплетення, пареінтефікація, тріангуляція)

Сімейний симптом у системній динаміці розглядається не як проблема окремої людини, а як сигнал дисбалансу у всій сімейній системі. Він відображає процеси, що відбуваються на різних рівнях взаємодії між членами родини, і часто слугує способом підтримання рівноваги в умовах стресу чи конфлікту.

Одним із важливих чинників є психотравматичні події, які впливають не лише на окремого члена сім'ї, а й на всю систему. Це можуть бути втрати, розлучення, хронічні захворювання, економічні труднощі, міграція чи війна. Невиражені емоції, пов'язані з травмою, накопичуються і можуть знаходити вихід через тілесні симптоми когось із членів родини. У цьому випадку симптом стає “мовою” для сім'ї, що сигналізує про наявність невирішених переживань.

Важливу роль у формуванні симптомів відіграє перевантаження сімейної системи. Коли емоційні, фінансові чи соціальні ресурси родини виснажуються, вона починає шукати несвідомі способи відновлення стабільності. Соматичний симптом у такому разі може виконувати функцію захисту: він об'єднує сім'ю навколо “проблеми” та відволікає увагу від інших конфліктів.

Окрему увагу приділяють порушенням сімейних зв'язків, які створюють умови для виникнення симптомів:

Сімейні переплетення — ситуація, коли один із членів несвідомо бере на себе емоційні переживання іншого, наприклад, “носить” його невисловлену провину, сором чи страх. Це часто проявляється у повторюваних симптомах або навіть хворобах у різних поколіннях.

Пареінтефікація — явище, коли дитина бере на себе функції дорослого, заміщуючи одного з батьків або виконуючи роль “посередника” між ними. Така надмірна відповідальність може призводити до появи психосоматичних симптомів як способу вираження перевантаження.

Тріангуляція — включення третьої особи у конфлікт двох членів сім'ї. Наприклад, дитина може стати “полем битви” між батьками, проявляючи тілесні симптоми як несвідому спробу стабілізувати стосунки дорослих.

Симптом у системній динаміці є функціональним: він допомагає утримувати сім'ю від розпаду, компенсує порушені ролі, приховує конфлікти та “говорить” замість того, щоб члени родини могли відкрито висловлювати свої емоції. З точки зору терапії, важливо не лише лікувати прояви симптому, але й працювати з тими невидимими процесами, що його породжують, допомагаючи сім'ї знайти нові шляхи взаємодії.

5. Рівні аналізу сімейного симптому: індивідуальний, мікросистемний (нуклеарна сім'я), макросистемний (розширена сім'я), мегасистемний (сім'я в соціальному контексті)

Аналіз сімейного симптому потребує врахування кількох рівнів, оскільки симптом не належить лише одній людині — він формується у взаємодії між членами сім'ї та соціальним середовищем. Кожен рівень додає важливий аспект розуміння того, як і чому виникають та підтримуються психосоматичні прояви.

Індивідуальний рівень зосереджується на психологічних особливостях окремого члена сім'ї. Тут розглядають емоційні потреби, способи подолання стресу, особистісні риси, механіз-

ми захисту та схильність до соматизації. Наприклад, дитина, яка не може відкрити власні почуття, може реагувати на сімейні конфлікти соматичними скаргами або психосоматичними розладами.

Мікросистемний рівень — це нуклеарна сім'я, де симптом виникає та підтримується через особливості сімейної динаміки. Тут аналізують якість комунікацій, ієрархію, межі між членами сім'ї, а також роль симптомоносія у стабілізації системи. Наприклад, у сім'ї, де уникання конфліктів є нормою, симптом дитини може несвідомо “працювати” як спосіб об'єднання батьків і збереження їхнього союзу.

Макросистемний рівень охоплює розширену сім'ю: бабусь, дідусів, тіток, дядьків та інших значущих родичів. Сімейні сценарії та міфи, що передаються поколіннями, можуть впливати на те, як члени сім'ї справляються зі стресом, переживають втрати чи конфлікти. Часто симптом стає “посланням” із минулих поколінь, відображаючи непрожиті травми або невисловлені емоції родової системи.

Мегасистемний рівень розглядає сім'ю у ширшому соціальному та культурному контексті. Тут враховують економічні умови, соціальні очікування, культурні норми, релігійні традиції та стресори зовнішнього середовища. Наприклад, вимушене переселення, воєнні події чи соціальний тиск можуть спричинити появу симптомів як реакції на порушення відчуття безпеки та зміну звичних моделей життя.

Такий багаторівневий аналіз дозволяє побачити симптом не лише як особисту проблему, а як результат складної взаємодії між особистістю, сім'єю, родовою історією та соціальним середовищем. Це дає можливість будувати більш ефективні психотерапевтичні стратегії, спрямовані на роботу як з індивідуальними переживаннями, так і з дисфункційними сімейними процесами.

6. Типові картини психосоматичної сім'ї за С. Мінухіним і Ліbermanом

С. Мінухін і Ліberman розробили детальний опис типової динаміки психосоматичної сім'ї, показавши, як саме особливості взаємин між її членами створюють умови для формування та підтримання психосоматичних симптомів. Вони розглядали сім'ю як єдину систему, у якій симптом одного з членів виконує функцію стабілізації, але водночас відображає глибинні порушення у структурі сімейних зв'язків.

Для психосоматичних сімей характерні кілька ключових рис:

Надмірна злитість (енmeshмент). Межі між членами сім'ї є розмитими, автономія майже відсутня. Особистісні кордони кожного розчиняються у сімейній системі, що призводить до труднощів у формуванні індивідуальної ідентичності та власної емоційної регуляції.

Гіперопіка та контроль. Батьки часто несвідомо регулюють не лише поведінку, а й емоційний стан дітей, що позбавляє їх можливості самостійно справлятися зі стресом і конфліктами. Це створює психосоматичну уразливість, оскільки тіло дитини починає “говорити” замість емоцій.

Уникнення конфліктів. Внутрішні суперечності, напруження між батьками чи іншими членами сім'ї не проговорюються відкрито. Симptom стає несвідомим способом уникнення конфлікту, утримуючи баланс у системі за рахунок хвороби або проблем однієї людини.

Ригідність сімейної структури. Такі сім'ї відзначаються жорсткими ролями і неможливістю змінюватися навіть тоді, коли цього потребують нові життєві обставини. Будь-які спроби вийти за межі усталених сценаріїв часто зустрічають опір і можуть призводити до появи або загострення симптомів.

Ідентифікований пацієнт у психосоматичній сім'ї виконує особливу роль. Хвороба дитини або іншого члена родини стає своєрідним “фокусом” усіх емоцій, приховуючи конфлікти, які насправді існують між іншими учасниками системи. Симptom таким чином виконує стабілізаційну функцію, забезпечуючи своєрідний “гомеостаз” сімейних стосунків.

Мінухін і Ліberman наголошували, що робота лише з “ідентифікованим пацієнтом” рідко буває ефективною. Для терапевтичних змін необхідно залучати всю сім'ю, працюючи над: відновленням чітких меж між її членами; розвитком автономії та емоційної саморегуляції;

формуванням здорової комунікації і можливості відкрито виражати почуття; корекцією сімейних сценаріїв і міфів, що підтримують симптом.

Таким чином, психосоматичний симптом у моделі Мінухіна і Лібермана розглядається не як ізольована проблема, а як відображення структурних порушень сімейної системи. Терапія спрямовується на відновлення гнучкості, автономії та здатності сім'ї адаптуватися до нових викликів без використання тіла як "мови" нерозв'язаних конфліктів.

7. Сучасні психотерапевтичні підходи у роботі з психосоматогенною сімейною системою: системна, структурна, стратегічна сімейна терапія та психотехніки сімейної психокорекції

Сучасна психотерапія психосоматогенних сімей базується на розумінні того, що сімейний симптом є не індивідуальною проблемою, а результатом порушень у системній взаємодії. Тому лікування передбачає роботу не тільки з "ідентифікованим пацієнтом", а й із усією сімейною системою.

Системна сімейна терапія розглядає симптом як механізм підтримки рівноваги в родині. Метою терапії є допомога членам сім'ї в усвідомленні власних ролей, патернів комунікації та неусвідомлених сценаріїв, які підтримують хворобу. Терапевт допомагає змінити дисфункційні стратегії взаємодії на більш гнучкі й адаптивні, відновлюючи баланс між автономією та єдністю.

Структурна сімейна терапія (С. Мінухін) фокусується на побудові чітких меж між підсистемами сім'ї — батьківською, подружньою та дитячою. Для психосоматичних сімей характерні розмиті кордони, надмірна злитість і гіперопіка, що підвищує психосоматичну уразливість. Терапія спрямована на відновлення автономії членів сім'ї, зміну рольової структури та формування більш зрілих комунікативних стратегій.

Стратегічна сімейна терапія концентрується на швидких інтервенціях, що змінюють симптомоутворюючі патерни поведінки. Терапевт може застосовувати парадоксальні завдання: наприклад, підсилення симптоматичної поведінки, щоб зробити її менш привабливою або продемонструвати її несвідомі функції. Такий підхід часто допомагає сім'ї усвідомити, як саме симптом "працює" на стабілізацію системи.

Поряд із класичними підходами активно використовуються психотехніки сімейної психокорекції, які допомагають членам сім'ї відновити емоційні зв'язки, навчитися відкрито виражати почуття й регулювати стрес. Серед них:

генограма для дослідження міжпоколінних сценаріїв;

рольові реконструкції для переосмислення усталених патернів;

техніки сімейної комунікації для зниження конфліктності та підвищення взаєморозуміння;

тілесно-орієнтовані методи, що дозволяють відновити контакт із власними емоціями через роботу з тілесними відчуттями.

У сучасній практиці все частіше використовується інтегративний підхід, який поєднує системну, структурну, стратегічну терапію з елементами когнітивно-поведінкових і психодинамічних методів. Такий підхід дає змогу працювати як із глибинними конфліктами, так і з актуальними поведінковими стратегіями, що підтримують симптом.

Робота з психосоматогенною сімейною системою вимагає особливої чутливості й розуміння, що симптом — це мовлення сім'ї, а не лише проблема окремої людини. Терапевт стає фасилітатором змін, допомагаючи родині знайти нові способи адаптації без використання хвороби як інструменту комунікації.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. У чому полягає сутність системного підходу до вивчення сім'ї та які основні параметри сімейної системи виділяють сучасні дослідники?
2. Як характеризується феномен психосоматичної сім'ї та яке значення має поняття

- «ідентифікований пацієнт» у цьому контексті?
3. Які основні психологічні та комунікативні функції може виконувати сімейний симптом?
 4. Як проявляється симптом у динаміці системних порушень (сімейні переплетення, пареінтефікація, триангуляція)?
 5. Які рівні аналізу сімейного симптому (індивідуальний, мікро-, макро- та мегасистемний) доцільно враховувати у психотерапевтичній практиці?
 6. Які психотерапевтичні підходи вважаються найбільш ефективними при роботі з психосоматогенними сімейними системами?

Рекомендована література

Основна:

1. Дейнека Л. Основи психосоматики : науково-допоміжний бібліографічний показник / Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, Бібліотека ; уклад. Л. Дейнека. – Луцьк, 2017.
2. Ісаков Р. І. Психосоматична патологія. – Київ : Медицина, 2023. – 167 с.
3. Середа І. В. Основи психосоматики : навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів з курсу за змішаною формою навчання. – Миколаїв, 2022. – 156 с.
4. Peseschkian N. Positive Psychosomatics: Clinical Manual of Positive Psychotherapy. – Bloomington (USA) : Author House, 2016. – 601 с.
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. Remmers A. The Therapeutic Process in Positive Psychosomatics: "Five Fingers" Forming a Therapeutic Relationship in Psychosomatic Medicine // *The Global Psychotherapist*. – 2024. – Vol. 4, № 2. – С. 57–61.
7. Zipfel S, Löwe B, Giel K, Friederich HC, Henningsen P. Implementing the biopsychosocial model in clinical medicine: a tribute to giovanni fava. *Psychother Psychosom*. 2023;92(1):21–6

Додаткова

1. Литвиненко О. Д. Проблема психотравми у психологічній науці: основні погляди та підходи // *Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія*. – 2016. – Т. 21, вип. 1. – С. 180–186.
2. Alexander F. Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications. – New York : W. W. Norton, 1979.
3. Bräutigam W., Paul C., Von Rad M. Psychosomatische Medizin : Ein kurzgefaßtes Lehrbuch. – Stuttgart : Thieme Georg Verlag, 1997. – 428 p.
4. Dunbar H. F. Emotions and Bodily Changes: A Survey of Literature on Psychosomatic Interrelationships 1910–1933. – New York : Columbia University Press, 1935.
5. McDougall J. Theaters of the Body : A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness. – New York : W. W. Norton & Company, 1989. – 687 p.
6. Paštar Zvonimir. Psychoanalytic Concepts in Psychosomatics // *Psihoterapija*. – 2024. – Vol. 38, № 1–2. – С. 58–82.

Електронні інформаційні ресурси

1. Актуальні проблеми психології». Наукові праці Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Режим доступу: <http://appspsychology.org.ua/index.php/ua/dlia-avtoriv>
2. Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського. Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/>
3. Психологічна бібліотека Київського Фонду сприяння розвитку психічної культури. Режим доступу: <http://psylib.kiev.ua/>

4. American Psychologist. Journal of American Psychological Association. Режим доступа: <https://www.apa.org/pubs/journals/amp/>
5. Journal of Personality and Social Psychology. Journal of American Psychological Association. Режим доступа: <https://www.apa.org/pubs/journals/psp/>
6. Science: (AAAS). Режим доступа: <http://www.sciencemag.org>
7. Taylor & Francis. Режим доступа: <http://www.informaworld.com>
8. World Association for Positive and Transcultural Psychotherapy [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.positum.org/> – (n.d.)
9. Positive and Transcultural Psychotherapy Journal [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.positum.org/ppt-journal/>.

ТЕМА 9. Психосоматичні розлади у дітей. Основні напрямки корекційної роботи з дітьми з аутизмом з ДЦП та їх родиною, з онкологією та їх родиною

План лекції:

1. Клініко-психологічні прояви психосоматичних розладів у дітей: депресивні й вегетативні симптоми, страх розлуки, шкільна фобія, тики та енурез як психосоматичні феномени.
2. Психодинамічні концепції дитячих психосоматичних розладів: анаклітична депресія (Р. Шпіц), роль сімейних факторів, функція тіла як засобу комунікації у дитячому розвитку.
3. Особливості діагностики і психокорекції дітей з аутизмом та ДЦП: мультидисциплінарні підходи, роль сім'ї, інтеграція медичних, психологічних та педагогічних втручань.
4. Психологічна підтримка дітей з онкологією та їхніх родин: специфіка діагностики, напрямки корекційної роботи, психоосвітні та психотерапевтичні стратегії.

1. Клініко-психологічні прояви психосоматичних розладів у дітей: депресивні й вегетативні симптоми, страх розлуки, шкільна фобія, тики та енурез як психосоматичні феномени

Психосоматичні розлади у дітей проявляються у широкому спектрі симптомів, що поєднують емоційні, поведінкові та тілесні реакції. У дитячому віці тіло часто стає основним каналом вираження внутрішніх конфліктів, особливо тоді, коли вербальні механізми ще недостатньо розвинені. Одними з найпоширеніших проявів є депресивні розлади, які супроводжуються вегетативними симптомами: зниженням апетиту, порушенням сну, головними болями, скаргами на втому. Такі діти часто виглядають загальмованими або, навпаки, надмірно дратівливими.

Страх розлуки та шкільна фобія зустрічаються в ранньому та молодшому шкільному віці. Дитина може відмовлятися залишати дім, супроводжуючи це соматичними скаргами: болем у животі, нудотою, серцебиттям. Ці реакції відображають глибинну емоційну залежність від батьків і тривогу втрати безпеки.

Дитячі тики і синдром Жилья де ля Туретта належать до складних психосоматичних феноменів, де переплітаються неврологічні та емоційні фактори. Тики можуть посилюватися під час стресу, конфліктів або перевантажень у школі.

Енурез (нічне нетримання сечі) і енкопрез (нетримання калу) розглядаються як симптоми порушення емоційної регуляції, що часто пов'язані з сімейними конфліктами, гіперопікою або надмірною тривожністю батьків. Важливо відрізнити первинні форми, коли контроль за функціями сечового міхура чи кишечника не сформувався, від вторинних, коли втрата контролю виникає після періоду нормального розвитку.

До психосоматичних проявів належать також функціональні розлади харчування (відмова від їжі, зригування), логоневрози (заїкання), а також соматичні реакції на психічне напруження — біль у животі, головний біль, свербіж шкіри. У кожному випадку симптом відображає несвідомі конфлікти, труднощі адаптації або нездатність дитини виразити емоції вербально.

Комплексна оцінка таких станів передбачає врахування не лише клінічних симптомів, але й психологічного контексту розвитку дитини, особливостей сімейної системи, взаємодії з батьками та середовищем.

2. Психодинамічні концепції дитячих психосоматичних розладів: анаклітична депресія (Р. Шпіц), роль сімейних факторів, функція тіла як засобу комунікації у дитячому розвитку

Психодинамічний підхід до розуміння дитячих психосоматичних розладів розглядає тіло як інструмент вираження емоцій та несвідомих конфліктів. У дітей, особливо на ранніх етапах розвитку, ще недостатньо розвинені вербальні засоби комунікації, тому тіло стає основним “мовцем” їхнього внутрішнього світу.

Однією з ключових концепцій є анаклітична депресія за Р. Шпіцем. Дослідник показав, що тривала емоційна депривація у немовлят — наприклад, розлука з матір'ю або недостатність її емоційного контакту — призводить до серйозних порушень розвитку. Симптоми анаклітичної депресії проявляються у втраті апетиту, відсутності усмішки, байдужості до оточення, зниженні ваги та навіть регресії вже набутих навичок. У подальшому ці діти можуть бути більш уразливими до психосоматичних реакцій, оскільки їхня здатність регулювати емоції формується в умовах дефіциту безпеки й підтримки.

Важливу роль відіграють сімейні фактори. Гіперопіка, нестача емоційної включеності або, навпаки, надмірні конфлікти між батьками створюють у дитини внутрішнє напруження, яке не завжди може бути усвідомлене чи виражене словами. В таких умовах психосоматичний симптом стає способом уникнути емоційного перевантаження або привернути увагу до власних потреб.

У психодинамічному розумінні тіло виступає засобом комунікації. Коли дитина не може сказати про свій страх, тривогу чи біль, організм “говорить” замість неї. Так, наприклад, часті болі у животі можуть відображати приховану тривогу перед розлукою з батьками, а заїкання — внутрішній конфлікт між бажанням висловити емоцію та страхом перед реакцією оточення.

Окремо виділяється вплив сімейної системи: дитячі симптоми нерідко несвідомо підтримуються родиною, виконуючи функцію стабілізації відносин. У таких випадках дитина може стати “носієм” сімейного конфлікту, в якому тіло стає символічним виразом того, що не можна озвучити.

Таким чином, психодинамічні концепції розглядають психосоматичні розлади у дітей не як ізольовані симптоми, а як результат взаємодії особистісних, емоційних і сімейних факторів.

3. Особливості діагностики і психокорекції дітей з аутизмом та ДЦП: мультидисциплінарні підходи, роль сім'ї, інтеграція медичних, психологічних та педагогічних втручань

Діагностика та корекція дітей з аутизмом і дитячим церебральним паралічем (ДЦП) вимагає комплексного, мультидисциплінарного підходу, який поєднує зусилля лікарів, психологів, логопедів, педагогів і сім'ї. Основний принцип роботи полягає у створенні єдиного реабілітаційного простору, що враховує як медичні, так і психосоціальні потреби дитини.

При аутизмі важливою є рання діагностика, адже саме вона визначає ефективність подальшої корекційної роботи. Діагностичний процес включає:

- клінічне спостереження поведінки;

- використання стандартизованих методів (ADOS, CARS, M-CHAT);

- оцінку комунікативних навичок, емоційної сфери, когнітивного розвитку.

Корекційна робота з дітьми з аутизмом спрямована на розвиток соціальних навичок, комунікації та емоційної взаємодії. Застосовуються інтегровані методи: поведінкова терапія (ABA), розвиток альтернативної комунікації (PECS), сенсорна інтеграція та соціальні тренінги. Важливим аспектом є психологічна робота з родиною, адже ефективність втручань значно підвищується, коли батьки залучені у процес терапії та отримують підтримку у подоланні власної тривожності.

При ДЦП діагностика зосереджується не лише на моторних порушеннях, а й на психоемоційних та когнітивних особливостях дитини. У процесі роботи враховується рівень розвитку мовлення, емоційної регуляції та здатності до навчання. Застосовуються методи фізичної реабілітації (кінезіотерапія, сенсорні тренінги), логопедична корекція, а також психологічна підтримка для формування позитивної самооцінки та мотивації до розвитку.

Роль сім'ї є ключовою у всіх випадках. Батьки виступають активними учасниками терапевтичного процесу, а психологи працюють із ними над формуванням реалістичних очікувань, емоційною стабільністю та розвитком ефективних стратегій взаємодії з дитиною.

Найбільш результативними вважаються інтегративні підходи, які поєднують медичні, психологічні та педагогічні втручання. Вони дозволяють максимально адаптувати програму корекції до індивідуальних можливостей дитини, формуючи єдину систему підтримки для дитини та її родини.

4. Психологічна підтримка дітей з онкологією та їхніх родин: специфіка діагностики, напрямки корекційної роботи, психоосвітні та психотерапевтичні стратегії

Діти з онкологічними захворюваннями та їхні родини стикаються з надзвичайно високим рівнем емоційного, фізичного та соціального стресу, що вимагає комплексної психологічної підтримки. Онкологічний діагноз часто супроводжується шоком, тривогою, страхом втрати життя, болем, змінами зовнішності та обмеженнями у повсякденному функціонуванні. Психологічна допомога спрямована на зниження емоційного напруження, підтримку адаптації та покращення якості життя дитини й усієї сім'ї.

Діагностика психологічного стану включає детальне оцінювання емоційної сфери, рівня тривожності, депресивних проявів, а також наявності поведінкових та когнітивних порушень. Важливо досліджувати не лише психоемоційний стан дитини, але й психологічні ресурси та особливості реагування родини, адже саме сімейна система значною мірою впливає на перебіг адаптаційних процесів.

Корекційна робота здійснюється на кількох рівнях:

з дитиною — допомога у вираженні емоцій, формування навичок подолання страху, болю та невизначеності; застосування арт-терапії, ігрової терапії, тілесно-орієнтованих технік;

з батьками — психоосвіта щодо хвороби та лікування, навчання навичкам емоційної підтримки дитини, робота з власною тривожністю та почуттям провини;

із сімейною системою — інтеграція сімейної терапії для зменшення конфліктів, зміцнення взаєморозуміння та покращення психологічного клімату.

Важливою частиною підтримки є психоосвітні стратегії, спрямовані на адаптацію дитини та батьків до нових умов життя. Вони допомагають зрозуміти медичні процедури, розвіяти страхи, пов'язані з лікуванням, та створюють відчуття більшого контролю над ситуацією.

Психотерапевтичні підходи застосовуються залежно від віку, особистісних особливостей і стану дитини. Серед найбільш ефективних:

когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) — допомагає працювати зі страхами, тривожними думками та дезадаптивними переконаннями;

сімейно-орієнтовані методи — зміцнюють ресурсність родини та формують стратегії взаємопідтримки;

арт-терапія та ігрові техніки — допомагають дитині вербалізувати страхи та виражати емоції у безпечний спосіб.

Важливо забезпечувати підтримку всіх членів сім'ї, адже діагноз впливає на батьків, братів і сестер, змінюючи звичні ролі та стосунки. Психологічна допомога спрямована на відновлення внутрішніх ресурсів сім'ї, формування відчуття єдності та спільного подолання хвороби.

5. Основні психотехніки роботи з дітьми з психосоматичними розладами: психодинамічні, тілесно-орієнтовані та інтегративні підходи

Корекційна робота з дітьми, які мають психосоматичні розлади, вимагає застосування комплексних психотерапевтичних стратегій, що враховують вікові особливості дитини, емоційний розвиток, сімейний контекст та рівень соматичних проявів. Мета терапії полягає у зниженні інтенсивності симптомів, формуванні навичок емоційної регуляції, покращенні адаптаційних можливостей та підвищенні якості життя дитини.

Психодинамічні підходи розглядають психосоматичний симптом як вираз внутрішніх конфліктів та несвідомих переживань. Робота спрямована на виявлення витіснених емоцій, страхів і невисловлених потреб. У роботі з дітьми застосовуються ігрова терапія, малюнкова діагностика, техніки проєктивного аналізу, що дозволяють обійти свідомий опір і допомагають дитині безпечно виразити свої переживання. Важливим елементом є опрацювання сімейних взаємин, адже дитячі симптоми часто підтримуються несвідомими механізмами всередині сім'ї.

Тілесно-орієнтовані техніки використовуються для роботи зі зв'язком між тілом та емоціями. До них належать дихальні вправи, релаксаційні техніки, елементи сенсомоторної терапії, а також методи саморегуляції. Такі підходи допомагають знижувати фізичну напругу, нормалізувати соматичні реакції й формувати у дітей навички усвідомлення власного тіла.

Інтегративні моделі терапії об'єднують психологічну роботу з медичними та педагогічними втручаннями. Вони передбачають взаємодію психолога, лікаря, логопеда, педагога та сім'ї, що створює єдину систему підтримки. У таких випадках активно застосовуються когнітивно-поведінкові стратегії, які допомагають формувати більш адаптивні способи мислення та поведінки, а також техніки арт-терапії й казкотерапії для розвитку емоційної сфери.

Не менш важливою є психоосвітня робота з родиною. Батьки отримують знання про природу психосоматичних розладів, навчаються розпізнавати емоційні сигнали дитини та підтримувати її у процесі терапії. Залучення сім'ї значно підвищує ефективність лікування, адже дозволяє створити безпечне середовище для емоційного та фізичного відновлення дитини.

Таким чином, сучасна практика передбачає застосування мультидисциплінарного, інтегративного підходу, який поєднує психотерапію, тілесні техніки, педагогічну підтримку та роботу з батьками, забезпечуючи максимально повноцінну допомогу дітям із психосоматичними розладами.

ПИТАННЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Які клініко-психологічні прояви психосоматичних розладів найбільш характерні для дитячого віку?
2. У чому полягає сутність концепції анаклітичної депресії Р. Шпіца та як вона пояснює психосоматичну уразливість дитини?
3. Яким чином сімейні фактори впливають на формування та перебіг психосоматичних розладів у дітей?
4. Як функція тіла як засобу комунікації проявляється у дітей з психосоматичними розладами і яке значення це має для психокорекційної роботи?

Рекомендована література

Основна:

1. Дейнека Л. Основи психосоматики : науково-допоміжний бібліографічний показник / Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, Бібліотека ; уклад. Л. Дейнека. – Луцьк, 2017.
2. Ісаков Р. І. Психосоматична патологія. – Київ : Медицина, 2023. – 167 с.
3. Литвиненко О. Д. Проблема психотравми у психологічній науці: основні погляди та підходи // Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія. – 2016. – Т. 21, вип. 1. – С. 180–186.
4. Zipfel S, Löwe B, Giel K, Friederich HC, Henningsen P. Implementing the biopsychosocial model in clinical medicine: a tribute to giovanni fava. *Psychother Psychosom.* 2023;92(1):21–6

Додаткова

1. Бочелюк В. Й., Панов М. С., Спицька Л. В. Реабілітаційна психологічна допомога при психосоматичних захворюваннях // Наукові перспективи. – 2022. – № 9(27). – С. 313–324.
2. Одинець О. А., Шукалова О. С., Даніліч-Скакун А. А., Нежута А. В., Хижняк М. В. Причинно-системний холистичний підхід до проблеми психосоматичних захворювань // Проблеми сучасної психології. – 2020. – № 2. – С. 105–114. – URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pspz_2020_2_13.
3. Грицик О. Ю. Історія становлення психосоматики як напряму науки // Архіваріус. – 2020. – № 7. – С. 24–26.
4. Жадленко І., Панов М. Сучасні підходи до проблеми психосоматичних розладів // Innovations and prospects of world science : Proceedings of XIII International Scientific and Practical Conference (Canada, 17–19 August 2022 p.). – Vancouver, Canada, 2022. – P. 178–183.

5. Литвиненко О. Д. Проблема психотравми у психологічній науці: основні погляди та підходи // Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія. – 2016. – Т. 21, вип. 1. – С. 180–186.

Електронні інформаційні ресурси

1. Актуальні проблеми психології». Наукові праці Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Режим доступу: <http://appspsychology.org.ua/index.php/ua/dlia-avtoriv>
2. Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського. Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/>
3. Психологічна бібліотека Київського Фонду сприяння розвитку психічної культури. Режим доступу: <http://psylib.kiev.ua/>
4. American Psychologist. Journal of American Psychological Association. Режим доступу: <https://www.apa.org/pubs/journals/amp/>
5. Journal of Personality and Social Psychology. Journal of American Psychological Association. Режим доступу: <https://www.apa.org/pubs/journals/psp/>
6. Science: (AAAS). Режим доступу: <http://www.sciencemag.org>
7. Taylor & Francis. Режим доступу: <http://www.informaworld.com>
8. World Association for Positive and Transcultural Psychotherapy [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.positum.org/> – (n.d.)
9. Positive and Transcultural Psychotherapy Journal [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.positum.org/ppt-journal/>.

ТЕМА 10. Застосування психодіагностичних і проєктивних методів в процесі психокорекції. Психокорекція дітей

План лекції:

1. Особливості психокорекційної роботи з дітьми з порушеннями розвитку та труднощами у сфері дитячо-батьківських і соціальних стосунків.
2. Створення корекційно-розвивального середовища: принципи організації домашнього і навчального простору як ресурсу психокорекції.
3. Діагностично-корекційні програми та методики: батарея психодіагностичних і проєктивних методів у роботі з дітьми.
4. Проєктивні методики у психокорекції дітей: методики «Фантом», «Малюнок родини», ДАМ, «Гармонія», «Людина під дощем» – зміст, мета, специфіка застосування.

1. Особливості психокорекційної роботи з дітьми з порушеннями розвитку та труднощами у сфері дитячо-батьківських і соціальних стосунків

Психокорекційна робота з дітьми, які мають порушення розвитку або труднощі у встановленні стосунків із батьками та соціальним оточенням, потребує комплексного, індивідуалізованого підходу. Основною метою є створення умов, у яких дитина може розвивати адаптивні способи взаємодії з навколишнім світом, засвоювати соціальні навички, а також формувати позитивний емоційний досвід. Робота передбачає врахування індивідуальних особливостей дитини: рівня когнітивного розвитку, комунікативних здібностей, емоційної сфери, сенсорної інтеграції.

Важливо враховувати дитячо-батьківські стосунки, оскільки саме вони часто формують базу для розвитку особистості. Якщо у сім'ї є емоційне відчуження, конфлікти, гіперопіка або недостатня підтримка, ці фактори можуть посилювати проблеми дитини у соціалізації. Тому психокорекція має включати роботу з батьками: навчання їх ефективним комунікативним стратегіям, допомогу у розумінні емоційних потреб дитини, формування більш гнучких моделей поведінки у взаємодії з нею.

Соціальні труднощі часто виявляються у вигляді ізоляції, страху контактів, невміння встановлювати дружні стосунки або адекватно реагувати на конфліктні ситуації. Тому одним із важливих напрямків є розвиток навичок ефективної соціальної комунікації та формування позитивної самооцінки через індивідуальні та групові заняття.

2. Створення корекційно-розвивального середовища: принципи організації домашнього і навчального простору як ресурсу психокорекції

Ефективна психокорекційна робота з дітьми неможлива без створення сприятливого корекційно-розвивального середовища, яке має забезпечувати емоційний комфорт, безпеку та підтримку у процесі розвитку. Це середовище формується як у домашніх умовах, так і в навчальному просторі, та має відповідати індивідуальним потребам дитини, враховуючи її особливості розвитку, рівень тривожності, сенсорні чутливості та емоційний стан.

У домашньому середовищі важливо забезпечити стабільність, передбачуваність і підтримку. Важливими принципами є:

- емоційна безпека — уникнення надмірних конфліктів, криків або хаотичних змін правил;
- структурованість і чіткий режим — зрозумілі для дитини правила, стабільні розпорядки дня, що знижують рівень тривожності та допомагають формувати почуття контролю;
- сенсорний комфорт — облаштування простору, який не перевантажує дитину надмірними звуками, світлом чи подразниками, особливо важливо для дітей із розладами спектра аутизму чи підвищеною чутливістю.

Навчальний простір також є ключовим ресурсом психокорекції. Важливо створювати умови для індивідуалізації освітнього процесу: надавати можливість дитині працювати у власному темпі, використовувати спеціальні дидактичні матеріали, а також впроваджувати інтерактивні методи навчання, які активізують пізнавальну діяльність і підтримують мотивацію.

Ключову роль відіграє співпраця з педагогами та шкільними психологами. Важливо, щоб навчальний заклад був включений у процес корекційної роботи: учителі отримували інформацію про особливості дитини, мали рекомендації щодо взаємодії з нею, використовували адаптовані завдання та підтримували комунікацію з батьками.

Створення ресурсного середовища сприяє підвищенню емоційної стабільності дитини, зниженню рівня стресу та стимулює розвиток навичок саморегуляції. Завдяки цьому домашній і навчальний простір стають не лише місцем проживання чи навчання, а й активним інструментом психокорекції.

3. Діагностично-корекційні програми та методики: батарея психодіагностичних і проєктивних методів у роботі з дітьми

Ефективна психокорекційна робота з дітьми ґрунтується на комплексній психодіагностиці, яка дозволяє визначити особливості емоційного, когнітивного та соціального розвитку, а також виявити причини труднощів у поведінці чи взаємодії. На основі результатів діагностики формується індивідуальна корекційна програма, що враховує потреби дитини та її сім'ї.

Батарея психодіагностичних методів включає декілька груп інструментів:

Стандартизовані тести для оцінки рівня інтелекту, уваги, пам'яті та емоційної регуляції.

Проєктивні методики, що дозволяють дослідити глибинні переживання, несвідомі конфлікти та особливості дитячо-батьківських стосунків.

Інтерв'ю та спостереження — бесіди з дитиною та батьками, аналіз поведінки у різних ситуаціях, виявлення ресурсів та зон ризику.

Серед популярних проєктивних методик у дитячій психокорекційній практиці застосовуються:

Методика «Фантом» — досліджує емоційний стан дитини та її ставлення до власного тіла, дозволяє виявити приховані страхи та напруження.

«Малюнок родини» — дає змогу проаналізувати характер сімейних стосунків, відчуття безпеки дитини та її місце у сімейній системі.

ДАМ (Діагностика агресивності методом малюнків) — дозволяє визначити рівень прихованої агресії, фрустрації та тривожності.

Методика «Гармонія» — використовується для виявлення внутрішнього конфлікту та рівня психологічного дискомфорту.

«Людина під дощем» — допомагає оцінити емоційну стійкість, стратегії подолання труднощів та ресурси дитини.

Важливим принципом є поєднання діагностики та корекції в єдиний процес: застосування проєктивних методик дозволяє не лише отримати інформацію про внутрішній світ дитини, а й водночас запустити механізми самопізнання та емоційної регуляції. На основі даних обираються відповідні корекційні методики: ігрова терапія, арт-терапія, тілесно-орієнтовані техніки, когнітивно-поведінкові підходи.

Інтеграція результатів психодіагностики у корекційну роботу дозволяє створити максимально ефективну програму допомоги дитині, враховуючи її індивідуальні потреби, емоційні ресурси та сімейний контекст.

4. Проєктивні методики у психокорекції дітей: методики «Фантом», «Малюнок родини», ДАМ, «Гармонія», «Людина під дощем» — зміст, мета, специфіка застосування

Проєктивні методики є важливим інструментом у дитячій психокорекції, оскільки дозволяють досліджувати несвідомі переживання, емоційні конфлікти та особливості міжособистісних стосунків у безпечний для дитини спосіб. Вони не викликають опору, а навпаки стимулюють творче самовираження, завдяки чому стають ефективними як у діагностичному, так і в корекційному процесі.

Методика «Фантом» застосовується для дослідження ставлення дитини до власного тіла, її емоційного стану та прихованих переживань. Вона дозволяє виявити страхи, відчуття тривоги, тілесні зажими та допомагає працювати над прийняттям власного образу.

«Малюнок родини» використовується для аналізу стосунків дитини із членами сім'ї та виявлення прихованих емоційних конфліктів. Спеціаліст звертає увагу на розташування, розміри та вирази обличчя на малюнку, що дає змогу оцінити відчуття безпеки, рівень прихильності й позицію дитини у сімейній системі.

ДАМ (Діагностика агресивності методом малюнків) допомагає визначити рівень внутрішньої агресії, тривожності та фрустрації. Завдяки цій методиці можна виявити приховані емоційні напруження та підібрати техніки для розвитку навичок емоційної регуляції.

Методика «Гармонія» спрямована на дослідження внутрішніх конфліктів та рівня психологічного комфорту дитини. Вона дозволяє виявити порушення цілісності «Я-образу» та допомагає дитині гармонізувати власний емоційний стан, що робить її цінним інструментом у корекційній роботі.

«Людина під дощем» дає можливість оцінити емоційну стійкість, здатність долати стресові ситуації та наявні ресурси подолання труднощів. Дитина відображає себе у ситуації несприятливих умов, а психолог аналізує деталі малюнка, що дає змогу побачити, як дитина переживає напругу та які захисні механізми використовує.

Ці методики є універсальними, адже їх можна застосовувати не лише для збору діагностичних даних, а й як корекційний інструмент. У процесі роботи дитина отримує можливість виразити емоції, знизити рівень тривожності та сформувати нові, більш адаптивні стратегії поведінки.

ПИТАННЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. У чому полягають особливості психокорекційної роботи з дітьми з порушеннями розвитку та труднощами у сфері дитячо-батьківських і соціальних стосунків?
2. Які принципи організації корекційно-розвивального середовища є ключовими для забезпечення ефективної психокорекційної роботи з дитиною?
3. Яке місце займають психодіагностичні та проєктивні методи у структурі діагностично-корекційних програм для дітей?

Рекомендована література

Основна:

1. Дейнека Л. Основи психосоматики : науково-допоміжний бібліографічний покажчик / Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, Бібліотека ; уклад. Л. Дейнека. – Луцьк, 2017.
2. Ісаков Р. І. Психосоматична патологія. – Київ : Медицина, 2023. – 167 с.
3. Литвиненко О. Д. Проблема психотравми у психологічній науці: основні погляди та підходи // Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія. – 2016. – Т. 21, вип. 1. – С. 180–186.
4. Zipfel S, Löwe B, Giel K, Friederich HC, Henningsen P. Implementing the biopsychosocial model in clinical medicine: a tribute to giovanni fava. *Psychother Psychosom.* 2023;92(1):21–6

Додаткова

1. Бочелюк В. Й., Панов М. С., Спицька Л. В. Реабілітаційна психологічна допомога при психосоматичних захворюваннях // Наукові перспективи. – 2022. – № 9(27). – С. 313–324.
2. Одинець О. А., Шукалова О. С., Даніліч-Скакун А. А., Нежута А. В., Хижняк М. В. Причинно-системний холістичний підхід до проблеми психосоматичних захворювань // Проблеми сучасної психології. – 2020. – № 2. – С. 105–114. – URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pspz_2020_2_13.
3. Грицик О. Ю. Історія становлення психосоматики як напряму науки // Архіваріус. – 2020. – № 7. – С. 24–26.
4. Жадленко І., Панов М. Сучасні підходи до проблеми психосоматичних розладів // Innovations and prospects of world science : Proceedings of XIII International Scientific and

Practical Conference (Canada, 17–19 August 2022 p.). – Vancouver, Canada, 2022. – P. 178–183.

5. Литвиненко О. Д. Проблема психотравми у психологічній науці: основні погляди та підходи // Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія. – 2016. – Т. 21, вип. 1. – С. 180–186.

Електронні інформаційні ресурси

1. Актуальні проблеми психології». Наукові праці Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Режим доступу: <http://appspsychology.org.ua/index.php/ua/dlia-avtoriv>
2. Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського. Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/>
3. Психологічна бібліотека Київського Фонду сприяння розвитку психічної культури. Режим доступу: <http://psylib.kiev.ua/>
4. American Psychologist. Journal of American Psychological Association. Режим доступу: <https://www.apa.org/pubs/journals/amp/>
5. Journal of Personality and Social Psychology. Journal of American Psychological Association. Режим доступу: <https://www.apa.org/pubs/journals/psp/>
6. Science: (AAAS). Режим доступу: <http://www.sciencemag.org>
7. Taylor & Francis. Режим доступу: <http://www.informaworld.com>
8. World Association for Positive and Transcultural Psychotherapy [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.positum.org/> – (n.d.)
9. Positive and Transcultural Psychotherapy Journal [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.positum.org/ppt-journal/>.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Дейнека Л. Основи психосоматики : науково-допоміжний бібліографічний покажчик / Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, Бібліотека ; уклад. Л. Дейнека. – Луцьк, 2017.
2. Ісаков Р. І. Психосоматична патологія. – Київ : Медицина, 2023. – 167 с.
3. Литвиненко О. Д. Проблема психотравми у психологічній науці: основні погляди та підходи // Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія. – 2016. – Т. 21, вип. 1. – С. 180–186.
4. Литвиненко О. Д. Психосоматичний підхід до проблем психологічного здоров'я особистості // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. – 2016. – Т. 1, вип. 4. – С. 52–57.
5. Одинець О. А., Шукалова О. С., Даніліч-Скакун А. А., Нежута А. В., Хижняк М. В. Причинно-системний холістичний підхід до проблеми психосоматичних захворювань // Проблеми сучасної психології. – 2020. – № 2. – С. 105–114. – URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pspz_2020_2_13.
6. Серeda І. В. Основи психосоматики : навчально-методичний посібник для самостійної роботи студентів з курсу за змішаною формою навчання. – Миколаїв, 2022. – 156 с.
7. Чабан О. С., Хаустова О. О. Практична психосоматика: діагностичні шкали. – Київ : Медицина, 2021. – 200 с.
8. Шторк, Т. Психоданаліз і психосоматика / Тімо Шторк ; наук. ред. З. Кечур. — Львів : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2025. — 252 с.
9. de Staal A. Joyce McDougall : à l'écoute du soi somatique // Le Coq-héron. – 2023. – № 255 (4). – С. 148–158.
10. Galdi M., Bruno E. Viana Campos. Theoretical models in psychosomatic psychoanalysis : a review // Temas em Psicologia. – 2017. – Vol. 25, № 1. – С. 29–40.
11. Lytvynenko O.D., Lunov V.Y. THE PSYCHOSOMATIC PARADIGM: INTEGRATIVE PATHWAYS IN PSYCHOLOGICAL COUNSELLING, CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY Габітус, 2025. Вип. 70, С. , 195-301. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.70.55>
12. Paštar Zvonimir. Psychoanalytic Concepts in Psychosomatics // Psihoterapija. – 2024. – Vol. 38, № 1–2. – С. 58–82.
13. Peseschkian N. Positive Psychosomatics : Clinical Manual of Positive Psychotherapy. – Bloomington (USA) : Author House, 1977. – 319 с.
14. Peseschkian N. Positive Psychosomatics. – AuthorHouseUK, 2016. – 654 с.
15. Peseschkian N. Positive Psychosomatics: Clinical Manual of Positive Psychotherapy. – Bloomington (USA) : Author House, 2016. – 601 с.
16. Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology. Clinical Applications / eds.: E. Messias, H. Peseschkian, C. Cagande. – Switzerland : Springer Nature Switzerland AG, 2020.
17. Remmers A. The Psychosomatic Arc in Therapy // The Global Psychotherapist. – 2022. – Vol. 2, № 1. – С. 69–73.
18. Remmers A. The Therapeutic Process in Positive Psychosomatics: "Five Fingers" Forming a Therapeutic Relationship in Psychosomatic Medicine // The Global Psychotherapist. – 2024. – Vol. 4, № 2. – С. 57–61.
19. Remmers A. What Does Our Body Tell Us in Therapy? // The Global Psychotherapist. – 2021. – Vol. 1, № 2. – С. 41–44.
20. Ciesielski, R. Conceptualization of depressive disorders and their treatment in Positive and Transcultural Psychotherapy (Part 2) // The Global Psychotherapist. — 2025. — Vol. 5, № 1. — P. 90–100.

Додаткова

1. Бочелюк В. Й., Панов М. С., Спицька Л. В. Реабілітаційна психологічна допомога при психосоматичних захворюваннях // Наукові перспективи. – 2022. – № 9(27). – С. 313–324.
2. Грицик О. Ю. Історія становлення психосоматики як напряму науки // Архівариус. – 2020. – № 7. – С. 24–26.
3. Жадленко І., Панов М. Сучасні підходи до проблеми психосоматичних розладів // Innovations and prospects of world science : Proceedings of XIII International Scientific and Practical Conference (Canada, 17–19 August 2022 p.). – Vancouver, Canada, 2022. – P. 178–183.
4. Литвиненко О. Д. Проблема психотравми у психологічній науці: основні погляди та підходи // Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія. – 2016. – Т. 21, вип. 1. – С. 180–186.
5. Сердюк Л., Литвиненко О., Сердюк О., Денчик А. Особистісні ресурси стійкості в умовах невизначеності та криз // Психологічний часопис. – 2024. – Т. 10, № 2. – С. 27–37. – <https://doi.org/10.31108/1.2024.10.2.2>.
6. Alexander F. Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications. – New York : W. W. Norton, 1979.
7. Bräutigam W., Paul C., Von Rad M. Psychosomatische Medizin : Ein kurzgefaßtes Lehrbuch. – Stuttgart : Thieme Georg Verlag, 1997. – 428 p.
8. Dunbar H. F. Emotions and Bodily Changes: A Survey of Literature on Psychosomatic Interrelationships 1910–1933. – New York : Columbia University Press, 1935.
9. McDougall J. Theaters of the Body : A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness. – New York : W. W. Norton & Company, 1989. – 687 p.
10. Peseschkian H. Positive Psychotherapy : Core Principles // Current Psychiatry. – 2023. – № 22(1). – P. 5–9. – URL: <https://doi.org/10.12788/cp.0317>.
11. Remmers A. The Psychosomatic Arc in Therapy // The Global Psychotherapist. – 2022. – Vol. 2, № 1. – P. 69–73.
12. Seligmann M. E. P. The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study // American Psychologist. – 1995. – Vol. 50. – P. 965–97

Електронні інформаційні ресурси

1. Актуальні проблеми психології». Наукові праці Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Режим доступу: <http://appspsychology.org.ua/index.php/ua/dlia-avtoriv>
2. Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського. Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/>
3. Психологічна бібліотека Київського Фонду сприяння розвитку психічної культури. Режим доступу: <http://psylib.kiev.ua/>
4. American Psychologist. Journal of American Psychological Association. Режим доступу: <https://www.apa.org/pubs/journals/amp/>
5. Journal of Personality and Social Psychology. Journal of American Psychological Association. Режим доступу: <https://www.apa.org/pubs/journals/psp/>
6. Science: (AAAS). Режим доступу: <http://www.sciencemag.org>
7. Taylor & Francis. Режим доступу: <http://www.informaworld.com>
8. World Association for Positive and Transcultural Psychotherapy [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.positum.org/> – (n.d.)
9. Positive and Transcultural Psychotherapy Journal [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.positum.org/ppt-journal/>.