

УДК 159.9:616.89

DOI <https://doi.org/10.32782/pub.health.2025.2.8>

Гільман Анна Юріївна,
кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри громадського здоров'я та фізичного виховання
Національного університету «Острозька академія»
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4487-6322>

Димченко Анна Миколаївна,
медична сестра,
Шепетівський медичний фаховий коледж,
магістр громадського здоров'я,
Національний університет «Острозька академія»
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-5313-9711>

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ

Актуальність. Розуміння психологічних особливостей пацієнтів із соматичними захворюваннями та хронічним болем є ключовим для розробки ефективних стратегій лікування, які враховують не лише фізичні, а й ментальні аспекти здоров'я. Це дасть змогу покращити якість життя пацієнтів, сприяти їхній адаптації до хвороби та підвищити результативність медичних втручань. **Мета роботи** – емпірично дослідити психологічні особливості пацієнтів з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем. **Матеріали та методи:** теоретичні; емпіричні (Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг (Є. Брюхлер, Дж. Снер), методика діагности рівня тривожності Ч. Спілбергера, Ю. Ханіна, опитувальник оцінки соматичних симптомів у пацієнтів SSS 8 (скорочена версія PHQ 15) (Б. Гірк, Р. Шпіцер, Дж. Вільямс, К. Кронке), шкала катастрофізації болю Pain Catastrophizing Scale (PCS) (М. Саллівана); Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI) (Й. Фаренберг, Х. Зелг, Р. Гампел); методика оцінки болю за візуально-аналоговою шкалою (VAS); госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) (А. Зигмонд, Р. Снейт), методи описової статистики. **Результати дослідження.** У статті представлено емпіричне дослідження психологічних особливостей пацієнтів з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем. Емпірично виявлено, що домінуючими проявами у пацієнтів із хронічним болем є виражена румінація, високий рівень тривожності, скарги на виснаження та ревматичний біль, низький рівень стресостійкості; у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями виражена румінація, високий рівень тривожності, виражені серцеві скарги, виснаження та ревматичний біль, низький рівень стресостійкості; у пацієнтів із діабетом виражена румінація, високий рівень тривожності, скарги на виснаження, низький рівень стресостійкості, присутнє відчуття безпорадності; у пацієнтів із неврологічними захворюваннями виражена румінація, високий рівень тривожності, виражені серцеві скарги, виснаження, ревматичний біль, низький рівень стресостійкості. Розроблено профілі пацієнтів з різними соматичними захворюваннями. Підкреслено важливість інтеграції психологічної підтримки у повсякденне життя пацієнтів із соматичними захворюваннями та хронічним болем. **Висновки.** Результати дослідження дають можливість переглянути підходи до організації лікування пацієнтів із хронічним болем та різними соматичними захворюваннями, запровадити ефективні стратегії лікування, здійснювати підтримку психічного здоров'я пацієнтів із хронічним болем.

Ключові слова: пацієнти, соматичні захворювання, хронічний біль, скарги, тривожність, стресостійкість.

Hilman A. Yu., Dymchenko A. M. Psychological characteristics of patients with various somatic diseases and chronic pain

Topicality. Understanding the psychological characteristics of patients with somatic diseases and chronic pain is the key to developing effective treatment strategies that consider not only the physical but also the mental aspects of health. This will improve patients' quality of life, facilitate their adaptation to the disease, and increase the effectiveness of medical interventions. **Objective of the study:** to empirically investigate the psychological characteristics of patients with various somatic diseases and chronic pain. **Materials and methods:** theoretical; empirical (Giessen Subjective Complaints List (E. Brühler, J. Sner), Spielberger-Hanin State-Trait Anxiety Inventory, Patient Health Questionnaire-15 Somatic Symptom Scale (PHQ-15) (B. Gierk, R. Spitzer, J. Williams, K. Kroenke), Pain Catastrophizing Scale (PCS) (M. Sullivan); Freiburg Personality Inventory (FPI) (J. Fahrenberg, H. Selg, R. Hampel); Visual Analogue Scale (VAS) for pain assessment; Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (A. Zigmond, R. Snaith); descriptive statistics methods. **Research results.** The article presents an empirical study of the psychological characteristics of patients with various somatic diseases and chronic pain. It was empirically found that the dominant manifestations in patients with chronic pain are pronounced rumination, high level of anxiety, complaints of exhaustion and rheumatic pain, and low level of stress resistance. In patients with cardiovascular diseases, there is pronounced rumination, high level of anxiety,

severe cardiac complaints, exhaustion and rheumatic pain, and low level of stress resistance. In patients with diabetes, there is pronounced rumination, high level of anxiety, complaints of exhaustion, low level of stress resistance, and a feeling of helplessness is present. In patients with neurological diseases, there is pronounced rumination, high level of anxiety, severe cardiac complaints, exhaustion, rheumatic pain, and low level of stress resistance. Patient profiles with different somatic diseases have been developed. The importance of integrating psychological support into the daily lives of patients with somatic diseases and chronic pain is emphasized. **Conclusions.** The results of the study will allow for a revision of approaches to the organization of treatment for patients with chronic pain and various somatic diseases, the introduction of effective treatment strategies, and the provision of mental health support for patients with chronic pain.

Key words: patients, somatic diseases, chronic pain, complaints, anxiety, stress resistance.

Вступ. В умовах хронічного болю та супутніх соматичних захворювань пацієнти постійно перебувають під впливом больових відчуттів і супутніх їм психологічних чинників (тривога, депресія, страх), що негативно позначається на їхньому психічному та фізичному стані здоров'я. Розуміння психологічних особливостей пацієнтів із соматичними захворюваннями та хронічним болем є ключовим для розробки ефективних стратегій лікування, які враховують фізичні та психічні аспекти здоров'я. Це дасть можливість покращити якість життя пацієнтів, сприяти їхній адаптації до хвороби та підвищити результативність медичних втручань, що набуває особливої актуальності в умовах війни, коли стрес і травматичні переживання посилюють прояви соматичних хвороб і хронічного болю.

Аналіз психологічних особливостей пацієнтів з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем дає змогу на індивідуальному рівні ідентифікувати психоемоційні порушення, оцінити ризики для психічного здоров'я, спостерігати за динамікою психологічного стану, розробляти персоналізовані програми психологічної підтримки й адаптації, враховуючи специфіку захворювання та індивідуальні потреби кожної людини, а також підвищувати їхню компетентність щодо власного психологічного благополуччя. На груповому та суспільному рівнях, зокрема для оцінки ефективності медичної системи та суспільства, це сприяє оцінці потреб населення в психологічній допомозі, плануванню та розподілу ресурсів, можливості розробки й оцінки ефективності психокорекційних програм, регулярному моніторингу психосоматичних тенденцій, виявленню соціальних факторів, що впливають на здоров'я, і прогнозуванню майбутніх потреб [1; 2; 3]. Крім того, дані, отримані внаслідок аналізу психологічного стану, стануть цінним матеріалом для наукових розвідок, спрямованих на вивчення взаємозв'язку між психікою та тілом, розробку нових підходів до діагностики, лікування та профілактики психосоматичних розладів. Таким чином, дослідження психологічних особливостей є ключовим інструментом для збе-

реження та зміцнення ментального здоров'я кожного, підвищення ефективності системи охорони здоров'я, забезпечення психологічної стійкості населення, покращення якості життя та прийняття обґрунтованих рішень у галузі охорони здоров'я на всіх його рівнях.

Проблема психологічних особливостей пацієнтів із соматичними захворюваннями та хронічним болем була предметом дослідження багатьох українських і зарубіжних науковців. Серед українських учених, які зробили значний внесок у вивчення цієї проблематики, – Н. Зборовська, Л. Андреева, О. Корольчук, Н. Бабенко, О. Фільц, В. Козлов, І. Чухініна, І. Герасименко, І. Боровик, І. Костенко, О. Дорошенко, Т. Лаврова, Н. Острожко, Т. Усенко, Л. Федорова, О. Чабан, О. Хаустова. Серед зарубіжних науковців, які є визнаними авторитетами в галузі психосоматики та хронічного болю, варто згадати таких авторів, як А. Зігмонд, Р. Снейт, Б. Гірк, Р. Шпіцер, Дж. Вільямс, К. Кронке, Дж. Фаренберг, Х. Зелг, Р. Гампел, Джон Сарно й інші.

Учені досліджували окреслену проблему з різних боків. Зокрема, Н. Зборовська вивчала психосоматичні аспекти різних захворювань, а також роль психотерапії у комплексному лікуванні, О. Корольчук визначила психологічні механізми адаптації до хвороби, зокрема в пацієнтів з онкологічними захворюваннями, О. Фільц приділяв увагу взаємозв'язку між психічними розладами та соматичними симптомами, В. Козлова досліджувала вплив психоемоційного стану на перебіг хронічних хвороб, наукові інтереси І. Чуніхіної зосереджені на проблемах психологічного благополуччя та стресостійкості у пацієнтів із хронічним болем, М. Салліван відомий своїми дослідженнями в галузі психології болю, розробник шкали катастрофізації болю, Б. Гірк, Р. Шпіцер, Дж. Вільямс, К. Кронке розробили опитувальник оцінки соматичних симптомів, який дає змогу швидко оцінити наявність соматичних скарг, Джон Сарно вивчав зв'язок між емоційним станом і хронічним болем у спині тощо [4; 5].

Попри низку різносторонніх досліджень, проблема вивчення психологічних особливостей

пацієнтів з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем залишається актуальною, зокрема під час війни, де в умовах хронічного стресу на напруги психофізичні симптоми тільки посилюються.

Визначення психологічних особливостей пацієнтів із соматичними захворюваннями та хронічним болем ґрунтується на об'єктивних і суб'єктивних даних, які отримують за допомогою спеціалізованих психологічних методик, опитувальників та клінічного інтерв'ю [5; 6; 7]. Це дає змогу зробити об'єктивну оцінку психоемоційного стану пацієнтів і виявити можливі психологічні проблеми, які потребують уваги, психокорекції та психологічної підтримки.

На нашу думку, дослідження психологічних особливостей пацієнтів із соматичними захворюваннями та хронічним болем може передбачати такі напрями: 1) оцінка психоемоційного стану (діагностика рівня тривожності, депресії та інших афективних розладів, які часто супроводжують хронічні захворювання); 2) виявлення когнітивних особливостей (аналіз таких проявів, як катастрофізація болю, румінація та інші дезадаптивні думки, що посилюють больові відчуття); 3) дослідження особистісних характеристик (вивчення впливу індивідуальних особливостей, зокрема стресостійкості, на здатність пацієнта адаптуватися до хвороби); 4) оцінка соціальної адаптації (аналіз впливу захворювання на соціальну активність пацієнтів та їхні взаємини з оточенням) тощо.

Мета та завдання. Мета – емпірично дослідити психологічні особливості пацієнтів з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем.

Завдання: проаналізувати наукові підходи до вивчення психологічних особливостей соматичних захворювань та хронічного болю; охарактеризувати вплив хронічного болю на психоемоційний стан пацієнтів; представити емпіричне дослідження психологічних особливостей пацієнтів з різними соматичними захворюваннями

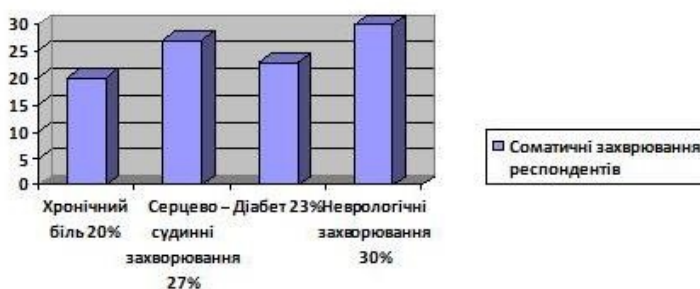


Рис. 1. Розподіл респондентів з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем

та хронічним болем; побудувати особистісні профілі пацієнтів з різними соматичними захворюваннями.

Методи дослідження: теоретичні; емпіричні (Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг (Є. Брюхлер, Дж. Снер), методика діагности рівня тривожності Ч. Спілберґера, Ю. Ханіна, опитувальник оцінки соматичних симптомів у пацієнтів SSS 8 (скорочена версія PHQ 15) (Б. Гірк, Р. Шпіцер, Дж. Вільямс, К. Кронке), шкала катастрофізації болю Pain Catastrophizing Scale (PCS) (М. Саллівана); Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI) (Й. Фаренберґ, Х. Зелґ, Р. Гампел); методика оцінки болю за візуально-аналоговою шкалою (VAS); госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) (А. Зигмонд, Р. Снейт); методи описової статистики.

Результати дослідження. Емпіричне дослідження, присвячене психологічним особливостям пацієнтів із соматичними захворюваннями та хронічним болем, було організоване для виявлення домінуючих психологічних проявів (румінації, високого рівня тривожності та скарг на виснаження), оцінки когнітивних особливостей (катастрофізації болю) та особистісних рис (тривожності, стресостійкості), що дало змогу розробити профілі пацієнтів і практичні рекомендації для психологічної допомоги [10]. До дослідження було залучено 30 респондентів Шепетівської ЦРЛ та Шепетівського ЦПМСД Хмельницької області, серед яких пацієнти з різними соматичними захворюваннями, що супроводжуються хронічним болем. Вибірка включала осіб різного віку (18–75 років), статі (60% чоловіків та 40% жінок) та тривалості хвороби, що дало змогу отримати різноманітні дані про психологічні особливості адаптації до хронічного болю залежно від особистісних і соціальних факторів. Вибір респондентів проводився серед пацієнтів, які перебували на амбулаторному чи стаціонарному лікуванні в медичних установах. Основними критеріями відбору респондентів стали наявність у пацієнтів хронічного болю, що виник унаслідок соматичних захворювань, а також їхня згода на участь у дослідженні. Усі пацієнти отримали інформацію про мету й умови дослідження, а також дали свою письмову згоду на участь у ньому. Для кожного пацієнта був визначений відповідний рівень медичних показань для участі в дослідженні, а саме безпечний рівень психологічного навантаження.

Усі учасники мали різні соматичні захворювання: хронічний біль – 20%, невроло-

гічні порушення – 30%, захворювання серцево-судинної системи – 27%, діабет – 23% (рис. 1).

За Гіссенським опитувальником психосоматичних скарг (Є. Брюхлер, Дж. Снер) було з'ясовано, що в пацієнтів інтенсивність емоційно забарвлених скарг щодо стану фізичного здоров'я така: в осіб із хронічним боєм присутнє виснаження – 80%, серцеві скарги – 20%, шлункові скарги – 10%, ревматичний чинник (біль у різних частинах тіла) – 80%; в осіб із серцево-судинними захворюваннями – виснаження – 60%, серцеві скарги – 100%, шлункові скарги – 20%, скарги на біль у різних частинах тіла – 60%; в осіб з діабетом – виснаження – 80%, серцеві скарги – 30%, шлункові скарги – 20%, скарги на біль у різних частинах тіла – 40%; для осіб із неврологічними порушеннями характерні виснаження – 80%, серцеві скарги – 10%, шлункові скарги – 10%, скарги на біль у різних частинах тіла – 60% (табл. 1).

Таблиця 1 демонструє, що в пацієнтів із хронічним боєм найбільш вираженими симптомами є виснаження – 80% та ревматичні болі – 80%, у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями – серцеві скарги – 100%, також помірно виражене виснаження – 60% та скарги на біль у різних частинах тіла – 60%, у пацієнтів з діабетом найбільш виражений симптом виснаження – 80% та ревматичні болі – 40%, у пацієнтів із неврологічними захворюваннями виснаження – 80% та біль у різних частинах тіла – 60%.

За методикою діагностики тривожності (Ч. Спілбергера та Ю. Ханіна) було з'ясовано, що пацієнти із хронічним боєм мають висо-

кий рівень тривожності – 73,3%, середній рівень тривожності – 20,0%, низький рівень тривожності – 6,7%, пацієнти із серцево-судинними захворюваннями мають високий рівень тривожності – 60,0%, середній рівень тривожності – 30,0%, низький рівень тривожності – 10,0%, пацієнти з діабетом мають високий рівень тривожності – 50,0%, середній рівень тривожності – 40,0%, низький рівень тривожності – 10,0%, пацієнти з неврологічними порушеннями мають високий рівень тривожності – 80,0%, середній рівень тривожності – 10,0%, низький рівень тривожності – 10,0% (табл. 2).

Таблиця 2 демонструє, що найбільш виражений рівень тривожності спостерігається серед пацієнтів із хронічним боєм – 80% та неврологічними порушеннями – 73,3%, що підтверджує наявність психоемоційних труднощів, пов'язаних із постійним боєм, який впливає на загальний психічний стан.

Загалом результати дослідження дають можливість створити психологічний портрет пацієнтів із різними соматичними захворюваннями та хронічним боєм. Пацієнти, які страждають від хронічного болю, зазвичай мають високий рівень тривожності, знижений рівень соціальної підтримки та часто використовують пасивні стратегії адаптації, що свідчить про відповідність психосоціальної підтримки й адаптації до болю через активні методи лікування. Зібрані результати дають змогу зробити висновок, що для пацієнтів із хронічними захворюваннями та боєм головним є не тільки медичне, а й психологічне

Таблиця 1

Інтенсивність емоційно забарвлених скарг з приводу стану фізичного здоров'я за Гіссенським опитувальником психосоматичних скарг (Є. Брюхлер, Дж. Снер)

Категорія пацієнтів	Виснаження (%)	Серцеві скарги (%)	Шлункові скарги (%)	Скарги на біль у різних частинах тіла (%)
Хронічний біль	80	20	10	80
Серцево-судинні захворювання	60	100	20	60
Діабет	80	30	20	40
Неврологічні порушення	80	10	10	60

Таблиця 2

Рівень тривожності серед пацієнтів з різними захворюваннями (за методикою діагностики тривожності Ч. Спілбергера та Ю. Ханіна)

Категорія пацієнтів	Високий рівень тривожності (%)	Середній рівень тривожності (%)	Низький рівень тривожності (%)
Хронічний біль	73,3	20,0	6,7
Серцево-судинні захворювання	60,0	30,0	10,0
Діабет	50,0	40,0	10,0
Неврологічні порушення	80,0	10,0	10,0

втручання. Психологічні стратегії адаптації до болю, підтримка родини й ефективне лікування можуть значно покращити психоемоційний стан пацієнтів [8].

За результатами шкали SSS-8 (Соматичні симптоми) (скорочена версія PHQ 15) (Б. Гірк, Р. Шпіцер, Дж. Вільямс, К. Кронке) ми визначили показники щодо інтенсивності різних соматичних симптомів (рис. 2).

За результатами діаграми можна зробити висновок, що в більшій частині вибірки найбільш інтенсивний симптом – втоменість / нестача енергії (4 бали); найменш виражений симптом – грудний біль / задишка (1 бал); симптоми середньої інтенсивності (2 бали) – запаморочення, головний біль, біль у шлунку / кишківнику; симптоми високої інтенсивності (3 бали) – порушення сну, біль у кінцівках / суглобах, біль у спині.

За результатами опитувальника Pain Catastrophizing Scale (PCS) М. Саллівана показано відсотковий розподіл трьох факторів катастрофізації болю (рис. 3).

Рис. 3 демонструє розподіл трьох основних показників катастрофізації болю: румінація (постійні роздуми) – 40%; магніфікація (перебільшення) – 25%; безпорадність – 35%. Тобто найбільшу частку в структурі катастрофізації болю у пацієнта займають нав'язливі думки про біль і неможливість відволіктися від них, на другому місці – переконання пацієнта в неможливості впоратись із болем, а найменша частка припадає на перебільшення загрози та наслідків больових відчуттів. Оцінка ситуації щодо катастрофізації болю допомагає краще зрозуміти його індивідуальну структуру в конкретного пацієнта та визначити, на які саме аспекти слід спрямувати психотерапевтичне втручання.

Оцінка за шкалами Фрайбурзького опитувальника особистості (FPI) (Й. Фаренберг, Х. Зелл, Р. Гампел) допомагає визначити психологічні характеристики, які можуть впливати на сприйняття болю, стресостійкість і загальний психоемоційний стан пацієнтів. Результати подаємо в таблиці 3.

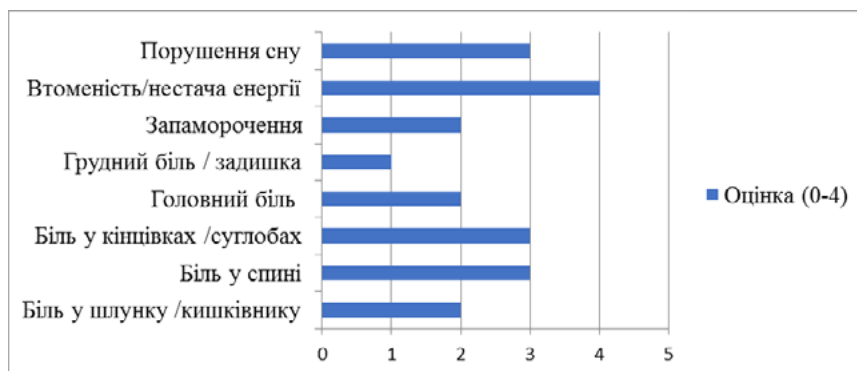


Рис. 2. Діагностика соматичних симптомів за шкалою опитувальника SSS-8 (скороченої версії PHQ 15) (Б. Гірк, Р. Шпіцер, Дж. Вільямс, К. Кронке)

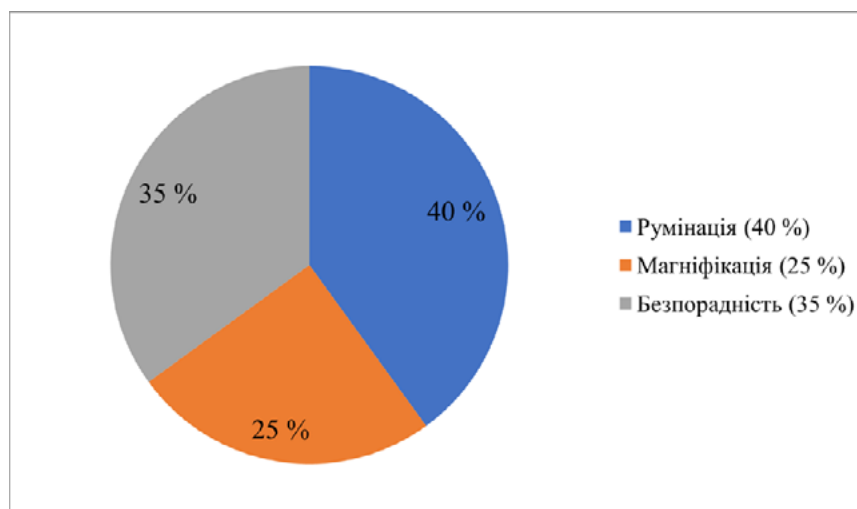


Рис. 3. Прояв катастрофізації болю за шкалою М. Саллівана (Pain Catastrophizing Scale)

Таблиця 3

Результати діагностики виражених характеристик осіб за Фрайзбурзьким опитувальником особистості (FPI) (Й. Фаренберг, Х. Зелг, Р. Гампел)

Шкала	Максимальний бал	Показники (середні значення)	Рівень характеристик
Тривожність	30	22	Високий рівень тривожності
Стресостійкість	30	10	Низький рівень стресостійкості
Відкритість до нового досвіду	30	18	Середній рівень відкритості
Соціальна адаптивність	30	20	Висока соціальна адаптивність
Напруженість	30	21	Високий рівень напруженості
Емоційна стабільність	30	12	Середній рівень емоційної стабільності
Домінантність	30	14	Середній рівень доміантності
Життєрадісність	30	12	Середній рівень життєрадісності
Самоконтроль	30	17	Середній рівень самоконтролю
Почуття самотності	30	19	Середній рівень почуття самотності
Соціальна відповідальність	30	21	Високий рівень соціальної відповідальності
Позитивне ставлення до життя	30	11	Середній рівень позитивного ставлення

За результатами таблиці 3 варто зазначити, що основні риси осіб із соматичними захворюваннями та хронічним болем такі: високий рівень тривожності, низький рівень стресостійкості, середній рівень відкритості, висока соціальна адаптивність, високий рівень напруженості, середній рівень емоційної стабільності, середній рівень доміантності, середній рівень життєрадісності, середній рівень самоконтролю, середній рівень почуття самотності, високий рівень соціальної відповідальності, середній рівень позитивного ставлення.

На основі проведеної діагностики розроблено профілі [10] щодо основних характеристики пацієнтів з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем (табл. 4, 5, 6, 7).

Отже, у пацієнтів із хронічним болем психосоматичні скарги на виснаження та біль у різних частинах тіла проявляються у виразній соматизації стресу, де емоційний дискомфорт перетворюється на фізичні симптоми. Ці прояви включають постійну втому, м'язові та ревматичні болі, які не завжди відповідають об'єктивній фізичній патології. Така вираженість скарг часто призводить до зниження фізичної активності, погіршення якості життя та посилення відчуття безпорадності, що формує замкнене коло між психологічним і фізичним станом. Вираженість соціальної адаптивності, напруженості та відповідальності часто проявляється через уникнення соціальних контактів і обмеження активності, що призводить

Таблиця 4

Особистісний профіль пацієнтів із вираженим психосоматичними скаргами та хронічним болем

Пацієнти із хронічним болем	Виражені психосоматичні скарги на виснаження та біль у різних частинах тіла
	Середній рівень відкритості
	Високий рівень соціальної адаптивності
	Високий рівень напруженості
	Середній рівень доміантності
	Середній рівень життєрадісності
	Середній рівень самоконтролю
	Середній рівень почуття самотності
	Високий рівень соціальної відповідальності
	Середній рівень позитивного ставлення
	Низький рівень стресостійкості
	Виражена румінація
	Високий рівень тривожності

Таблиця 5

**Особистісний профіль пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями
з вираженим психосоматичними скаргами та хронічним болем**

Пацієнти із серцево-судинними захворюваннями	Виражені психосоматичні серцеві скарги, скарги на виснаження та біль у різних частинах тіла
	Середній рівень відкритості
	Високий рівень соціальної адаптивності
	Високий рівень напруженості
	Середній рівень домінантності
	Середній рівень життєрадісності
	Середній рівень самоконтролю
	Середній рівень почуття самотності
	Високий рівень соціальної відповідальності
	Середній рівень позитивного ставлення
	Низький рівень стресостійкості
	Виражене перебільшення загрози і наслідків больових відчуттів
	Високий рівень тривожності

Таблиця 6

**Особистісний профіль пацієнтів із діабетом з вираженим
психосоматичними скаргами та хронічним болем**

Пацієнти із діабетом	Виражені психосоматичні скарги на виснаження
	Середній рівень відкритості
	Високий рівень соціальної адаптивності
	Високий рівень напруженості
	Середній рівень домінантності
	Середній рівень життєрадісності
	Середній рівень самоконтролю
	Середній рівень почуття самотності
	Високий рівень соціальної відповідальності
	Середній рівень позитивного ставлення
	Низький рівень стресостійкості
	Виражена румінація
	Виражене відчуття безпорадності
	Високий рівень тривожності

Таблиця 7

**Особистісний профіль пацієнтів із неврологічними захворюваннями
з вираженим психосоматичними скаргами та хронічним болем**

Пацієнти із неврологічними захворюваннями	Виражені психосоматичні скарги на виснаження, серцеві скарги, скарги на біль у різних частинах тіла
	Середній рівень відкритості
	Високий рівень соціальної адаптивності
	Високий рівень напруженості
	Середній рівень домінантності
	Середній рівень життєрадісності
	Середній рівень самоконтролю
	Середній рівень почуття самотності
	Високий рівень соціальної відповідальності
	Середній рівень позитивного ставлення
	Низький рівень стресостійкості
	Виражена румінація
	Виражене перебільшення загрози і наслідків больових відчуттів
	Високий рівень тривожності

до соціальної ізоляції. Низький рівень стресостійкості разом із високим рівнем тривожності спричиняє постійну внутрішню напругу та нездатність ефективно справлятися з повсякденними викликами, а також призводить до постійного обдумування негативних думок. Наявність вираженої румінації та висока тривожність спричиняє постійну зосередженість пацієнта на своїх болях і негативних переживаннях, що значно ускладнює соціальну взаємодію та знижує якість життя тощо.

Представимо особистісний профіль пацієнта із серцево-судинними захворюваннями з вираженим психосоматичними скаргами та хронічним боєм (табл. 5).

Отже, у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями вираженість психосоматичних скарг проявляється через поєднання фізичних симптомів (біль у грудях, прискорене серцебиття) з психологічними переживаннями. Ці скарги, що стосуються відчуття виснаження та болю в різних частинах тіла, часто є результатом підвищеної тривожності та постійної напруги, пов'язаної зі страхом за власне здоров'я. Такий стан призводить до посилення соматичних симптомів, створюючи замкнене коло, де психоемоційне напруження провокує фізичні реакції, а ті, зі свого боку, підсилюють психологічний дискомфорт. Характерні низька соціальна адаптивність, напруженість і завищена відповідальність часто виражаються в обмеженні соціальних контактів та уникненні активності, що призводить до ізоляції та посилює відчуття самотності. Через низьку стресостійкість, високий рівень тривожності та виражену румінацію пацієнти із серцево-судинними захворюваннями постійно зосереджені на своєму стані, перебільшуючи загрозу та наслідки болю, що створює постійну внутрішню напругу. Відбувається процес, коли психологічні чинники погіршують фізичний стан, а погіршення здоров'я, зі свого боку, підсилює тривогу й румінацію, значно ускладнюючи соціальну взаємодію та знижуючи якість життя.

Представимо особистісний профіль пацієнта із діабетом з вираженим психосоматичними скаргами та хронічним боєм (табл. 6).

Отже, вираженість психосоматичних скарг на виснаження у пацієнтів із діабетом часто проявляється як хронічна втома, що не зникає навіть після відпочинку. Скарги можуть бути пов'язані з психологічним стресом управління хворобою, вони посилюють відчуття безпорадності та негативно впливають на загальне самопочуття пацієнта. Низька соціальна адаптивність і висока напруженість проявляються через відчуття надмірної відповідальності за контроль над хворобою, що

часто веде до соціальної ізоляції та уникнення спільних заходів. Цей стан посилюється низькою стресостійкістю, вираженою румінацією та високим рівнем тривожності, що робить пацієнтів вразливими до повсякденних стресів. Виражене почуття безпорадності та постійне обдумування негативних думок створюють замкнений цикл тривоги й переживань, що погіршує емоційний стан і ускладнює ефективне управління хворобою.

Представимо особистісний профіль пацієнта з неврологічними захворюваннями з вираженим психосоматичними скаргами та хронічним боєм (табл. 7).

Отже, у пацієнтів із неврологічними захворюваннями вираженість психосоматичних скарг на виснаження, серцеві скарги та біль у різних частинах тіла проявляється як соматизація емоційного стресу, що часто супроводжує боротьбу із хворобою. Ці прояви можуть бути як наслідком безпосереднього ураження нервової системи, так і вторинною реакцією на тривогу та страх, що посилює фізичний дискомфорт [9].

У цієї категорії осіб вираженість напруженості та відповідальності часто призводить до соціальної ізоляції через побоювання, що їхній стан заважатиме іншим. Низька стресостійкість у поєднанні з високим рівнем тривожності та постійною румінацією спричиняє виражене перебільшення загрози та наслідків болю, формуючи взаємозв'язок, де психологічні чинники посилюють фізичні симптоми, а ті, зі свого боку, підсилюють страх. Це значно ускладнює соціальну адаптацію, оскільки пацієнти постійно занурені у свої переживання та відчуття, що перешкоджає повноцінній участі в житті суспільства.

Висновки. Проведене дослідження показало, що пацієнти із хронічним боєм і соматичними захворюваннями мають загальну психологічну картину, яка відображена високим рівнем тривожності, особливо серед осіб із неврологічними порушеннями. Основними скаргами є інтенсивна втома, біль у різних частинах тіла, а в структурі катастрофізації болю домінує румінація та відчуття безпорадності. Загалом для таких пацієнтів характерні низька стресостійкість, висока напруженість і соціальна відповідальність, що підкреслює глибокий взаємозв'язок між фізичним та психічним станом респондентів.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці та впровадженні індивідуалізованих психотерапевтичних програм для пацієнтів з різними соматичними захворюваннями та хронічним боєм, що враховуватимуть їхні унікальні психологічні профілі й допоможуть підвищити ефективність комплексного лікування.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Дідковська Л. І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії : навч. посіб. Львів : Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2019. 264 с.
2. Жданова І. В. Психосоматичні аспекти розвитку тілесного потенціалу здоров'я : матеріали міжнародної наук.-практ. конф., присвяченої пам'яті проф. С. П. Бочарової, 25 квітня 2019 року. Харків : Видавництво Харківського національного університету внутрішніх справ, 2019. С. 177–179.
3. Вінс В. А., Онопрієнко Л. М., Кузьменко Т. М. Психологічні особливості прояву психосоматичних захворювань в осіб дорослого віку. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2024. № 4. С. 21–25. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.4.4>.
4. Гільман А. Ю., Карпович І. В. Особливості емоційних станів пацієнтів з різними соматичними захворюваннями. *Public Health Journal*. 2023. № 4. С. 15–22. DOI: <https://doi.org/10.32782/pub.health.2023.4.3>.
5. Мозгова Г. П., Ханецька Т. І., Якимчук О. І. Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія : навчальний посібник. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. 384 с.
6. Грицик О. Дослідження впливу психосоматики на розвиток соматичних та онкологічних захворювань. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2020. № 7. С. 17–22. <https://doi.org/10.30970/PS.2020.7.3>.
7. Хомуленко Т. Б. Основи психосоматики : навч.-метод. посібник. Харків : Нова Книга, 2019. 120 с.
8. Чабан О. О., Хаустова, О. О. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навчальний посібник. Київ : ВНТУ, 2018. 112 с.
9. Hilman A.Yu., Kulesha, N. The Knowledge About Symptoms and It's Genesis as a Factor for the Development of Psychosomatic Disorders in Youth. *Youth Voice Journal: Young People in Education*. 2021. Vol. 1. P. 23–29. <https://www.rj4allpublications.com/product/the-knowledge-about-symptoms-and-its-genesis-as-a-factor-for-the-development-of-psychosomatic-disorders-in-youth/>.
10. Димченко А. М. Психологічні особливості пацієнтів з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем. Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я». Національний університет «Острозька академія», Острог. 2025. 80 с.

REFERENCES:

1. Didkovska, L.I. (2019). Psykhosomatyka: osnovy psykhdiahnostyky ta psykhoterapii [Psychosomatics: fundamentals of psychodiagnostics and psychotherapy]. Lviv. Vyd. tsentr LNU im. I. Franka [in Ukrainian].
2. Zhdanova, I.V. (2019). Psykhosomatychni aspekty rozvytku tilesnoho potentsialu zdorovia [Psychosomatic aspects of developing the body's health potential]. *Proceeding from PARTPZ'19* : International scientific and practical conference dedicated to the memory of Prof. S.P. Bocharova. (pp.177–179). Kharkiv : Publishing House of the Kharkiv National University of Internal Affairs [in Ukrainian].
3. Vins, V.A., Onoprienko, L.M., & Kuzmenko, T.M. (2024). Psykholohichni osoblyvosti proiavu psykhosomatychnykh zakhvoriuvan v osib dorosloho viku [Psychological features of psychosomatic disease manifestation in adults]. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho natsionalnoho universytetu*, 4, 69–78. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.4.4> [in Ukrainian].
4. Hilman, A.Iu. & Karpovych, I.V. (2023). Osoblyvosti emotsiinykh staniv patsiientiv z riznymy somatychnymy zakhvoriuvanniamy [Features of emotional states in patients with various somatic diseases]. *Public Health Journal*, 4, 15–22. DOI: <https://doi.org/10.32782/pub.health.2023.4.3>. [in Ukrainian].
5. Mozghova, H.P., Khanetska, T.I. & Yakymchuk, O.I. (2021). Psykhosomatyka: psykhykhe, tilesne, sotsialne [Psychosomatics: mental, physical, social]. Kyiv : NPU imeni M.P. Drahomanova [in Ukrainian].
6. Hrytsyk, O. (2020). Doslidzhennia vplyvu psykhosomatyky na rozvytok somatychnykh ta onkologichnykh zakhvoriuvan [A study of the psychosomatic influence on the development of somatic and oncological diseases]. *Visnyk Lvivskoho universytetu*, 7, 17–22. <https://doi.org/10.30970/PS.2020.7.3>. [in Ukrainian].
7. Khomulenko, T.B. (2019) Osnovy psykhosomatyky [Fundamentals of psychosomatics]. Kharkiv : Nova Knyha [in Ukrainian].
8. Chaban, O.O. & Khaustova, O.O. (2018). Praktychna psykhosomatyka: diahnostychni shkaly [Practical psychosomatics: diagnostic scales]. Kyiv : VNTU [in Ukrainian].
9. Hilman, A.Yu. & Kulesha, N.P. (2021). The Knowledge About Symptoms and It's Genesis as a Factor for the Development of Psychosomatic Disorders in Youth. *Youth Voice Journal: Young People in Education*, 1, 23–29 [in English].
10. Dymchenko, A.M. (2025). Psykholohichni osoblyvosti patsiientiv z riznymy somatychnymy zakhvoriuvanniamy ta khronichnym bolem [Psychological characteristics of patients with various somatic diseases and chronic pain]. Extended abstract of magister's thesis. Ostroh : The National University of Ostroh Academy [in Ukrainian].



Отримано: 29.09.2025
Рекомендовано: 04.11.2025
Опубліковано: 29.12.2025