

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Зв'язок тривожності та алекситимії у контексті соматичного фокусу  
особистості**

*Кваліфікаційна робота*

Студентки 2 року ОР Магістр  
(спеціальність 053 «Психологія»,  
освітня програма «Психологія», заочна  
форма навчання)

Сорокіної Валерії Романівни

Науковий керівник:

Доктор філософії у галузі психології

Асистент кафедри психодіагностики та  
клінічної психології

Дарвішов Наріман Рафік огли

**Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №\_**

**Протокол №\_\_\_\_\_ від\_\_\_\_\_ року**

**Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології**

\_\_\_\_\_ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ – 2025



3.2. Аналіз взаємозв'язку рівня тривожності з показниками алекситимії та соматичними характеристиками.....	71
3.3. Порівняння тривожності та соматичних скарг залежно від рівня алекситимії.....	79
3.4. Внесок рівня тривожності та алекситимії у пояснення варіації соматичних показників.....	84
3.5. Вплив соматизації та тілесної усвідомленості на зв'язок тривожності та алекситимії.....	91
Висновки до розділу 3.....	94
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>97</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>101</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>113</b>

## ВСТУП

**Актуальність дослідження** зумовлена зростаючим інтересом сучасної психології до вивчення взаємозв'язку емоційних і тілесних процесів у структурі психічного функціонування особистості. У науковому дискурсі дедалі більшої уваги набуває аналіз механізмів, що поєднують емоційні, когнітивні та соматичні аспекти людського досвіду. Феномени тривожності, алекситимії та соматичного фокусу розглядаються як взаємопов'язані психологічні конструкти, що впливають на рівень емоційної регуляції, соматичної чутливості та загальної адаптивності особистості. Виявлення специфіки їхнього взаємозв'язку становить важливу наукову проблему, адже дозволяє глибше зрозуміти механізми формування психоемоційної нестійкості та психосоматичних порушень. Хронічні стресові фактори, постійне відчуття небезпеки та невизначеності сприяють формуванню і закріпленню таких феноменів, як тривожність та алекситимія, які значною мірою ускладнюють процеси емоційної регуляції та міжособистісної взаємодії. Тривожність постає як багатовимірний стан і характеристика особистості, що проявляється як у ситуативних формах, так і у стійких особистісних рисах. Алекситимія, у свою чергу, проявляється у нездатності адекватно розпізнавати та вербалізувати власні емоції, що зумовлює схильність до їх соматизації та підвищує ризик розвитку психосоматичних порушень. В умовах війни ці прояви набувають особливої гостроти, оскільки стають загальним соціально–психологічним викликом, що впливає на якість життя населення, його працездатність та здатність до адаптації.

У цьому контексті важливе значення має феномен соматичного фокусу, що пов'язаний зі схильністю людини зосереджуватися на тілесних відчуттях та інтерпретувати їх як потенційні симптоми захворювань чи ознаки загрози. У ситуації воєнного стресу та підвищеного психічного

напруження акцентована увага на тілесних сигналах посилює прояви тривожності та алекситимії, сприяючи появі численних соматичних скарг. Поєднання труднощів у розпізнаванні емоцій з постійною тілесною настороженістю формує підґрунтя для соматизації, яка ускладнює адаптаційні механізми та створює додаткове навантаження на систему охорони здоров'я.

Вивчення цього феномену є важливим у практичному вимірі, адже в умовах війни соматичні скарги стають поширеним явищем, що відображає психосоматичну вразливість значної частини населення. Вони можуть слугувати як маркером глибших психічних труднощів, так і чинником, що суттєво знижує рівень психологічної та фізичної стійкості особистості.

Проблематика зв'язку тривожності, алекситимії та соматичного фокусу вже тривалий час привертає увагу вітчизняних і зарубіжних науковців. Зокрема, в українському науковому просторі важливий внесок здійснили К. Олійніченко (2024), О. Лісовський (2024), І. Дементьєва (2023), О. Сілютіна (2021), М. Гвоздь (2021), Ю. Кузнецова (2025), а також О. Лісовський і В. Гаврильченко (2025), які у своїх працях аналізували психологічні чинники алекситимії, психосоматичні прояви та особливості підтримки осіб із відповідними труднощами. У зарубіжних дослідженнях питання взаємозв'язку алекситимії з емоційною регуляцією, тривожністю та психосоматичними розладами висвітлюються у працях К. Stone, J. Poquiz, M. Singh, P. Fite (2021), D. Preece та колег (2021; 2022), A. Oussi, K. Hamid, C. Bouvet (2023), M. Phillips, I. Madubata, A. Vujanovic, R. Walker (2025), а також S. Fiedler та співавторів (2025). У цих роботах доводиться важливість комплексного аналізу взаємодії емоційних і тілесних процесів, що дозволяє краще зрозуміти механізми виникнення та перебігу психоемоційних і психосоматичних розладів.

Таким чином, актуальність вивчення взаємозв'язку тривожності та алекситимії у контексті соматичного фокусу особистості обумовлюється

практичною необхідністю пошуку ефективних способів підтримки психічного здоров'я населення України в умовах воєнних викликів. Комплексне дослідження цих феноменів дозволяє глибше зрозуміти механізми їхнього впливу на адаптацію, що є визначальним для розробки психопрофілактичних та психокорекційних стратегій, спрямованих на збереження та зміцнення психологічної стійкості українського суспільства.

**Мета дослідження** – виявлення особливостей зв'язку між рівнем тривожності та показниками алекситимії з урахуванням соматичного фокусу, що проявляється у схильності до фіксації на тілесних відчуттях та соматичних скаргах.

Відповідно до мети були сформульовані **завдання дослідження**:

1) здійснити теоретичний аналіз сучасних наукових підходів до вивчення феноменів тривожності, алекситимії та соматичного фокусу особистості;

2) визначити рівень вираженості тривожності, алекситимії та соматичних скарг у досліджуваних;

3) встановити кореляційні зв'язки між рівнем тривожності, показниками алекситимії та соматичним фокусом, а також виявити відмінності у проявах тривожності та соматичних скарг залежно від рівня алекситимії.

**Об'єктом дослідження** є тривожність як психічний стан та особистісна характеристика.

**Предметом дослідження** є зв'язок тривожності та алекситимії у контексті соматичного фокусу особистості.

**Методи дослідження** включають теоретичні, емпіричні та математико–статистичні:

*теоретичні* – аналіз, синтез та узагальнення сучасних знань з проблематики дослідження;

*емпіричні* – соціодемографічна анкета, «Шкала генералізованої тривоги» (GAD-7) (Алексіна & et al., 2024), «Шкала тривоги Бека» (BAI) (УіКПТ, Український інститут когнітивно-поведінкової терапії, 2017), «Торонтський опитувальник алекситимії» (TAS-20) (Василець & et al., 2023), «Опитувальник тілесних відчуттів» (BRQ-SF) (Денісієвська, 2020), «Опитувальник здоров'я пацієнта» (RHQ-15) (МОЗУ, Міністерство охорони здоров'я України, 2014);

*математико-статистичні* – описова статистика, критерії відмінності, кореляційний аналіз, дисперсійний аналіз, множинний регресійний аналіз, модераційний аналіз.

**Гіпотези дослідження** ґрунтуються на припущенні, що між рівнем тривожності та показниками алекситимії існує позитивний зв'язок:

- між рівнем тривожності та показниками алекситимії існує позитивний зв'язок – вищі показники тривожності супроводжуються вищим рівнем алекситимії;
- високі показники алекситимії пов'язані з більшою інтенсивністю соматичних скарг і більш вираженим соматичним фокусом;
- особи з високим рівнем алекситимії відрізняються за рівнем тривожності та кількістю соматичних скарг від осіб із низьким рівнем алекситимії.

**Дослідницька вибірка дослідження.** В дослідженні взяли участь 133 особи, з яких 116 жінок та 17 чоловіків. Віковий діапазон вибірки від 18 до 61+ років. Всі учасники були проінформовані в етичних засадах дослідження та дали згоду на обробку та подальший аналіз результатів опитування.

**Наукова новизна роботи** полягає у розширенні уявлень про механізми взаємозв'язку тривожності та соматичних проявів шляхом залучення конструкта алекситимії як внутрішнього психологічного чинника та соматичного фокусу як модератора цих взаємовідносин. На

відміну від попередніх досліджень, де тривожність та алекситимія розглядалися переважно у двовимірному зв'язку, у даній роботі акцент зроблено на інтеграції тілесного виміру, що дозволяє глибше зрозуміти природу соматизації у контексті тривожних переживань та виявити нові детермінанти їх взаємодії.

**Теоретична значущість дослідження** полягає у тому, що отримані результати поглиблюють наукове розуміння взаємозв'язку між тривожністю, алекситимією та соматичним фокусом особистості, уточнюючи роль емоційної неусвідомленості у формуванні психосоматичних проявів. Робота розширює уявлення про механізми соматизації емоційного напруження та вносить вклад у розвиток теоретичних підходів до вивчення психофізіологічної єдності емоційної та тілесної сфер.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає у можливості використання встановлених закономірностей для вдосконалення психодіагностики та психокорекції осіб із підвищеною тривожністю, емоційною неусвідомленістю та соматичними скаргами. Результати можуть бути застосовані у клінічній практиці, консультуванні та психотерапії для розробки програм розвитку тілесної усвідомленості, емоційної рефлексії та формування навичок конструктивного подолання стресу з метою профілактики психосоматичних розладів.

**Структура та обсяг роботи.** Магістерська робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загального висновку, списку використаних джерел, який налічує 91 найменування. Робота містить 36 таблиць та 11 додатків. Загальний обсяг роботи склав 125 сторінок, при цьому друкованого основного тексту 100 сторінок.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ТРИВОЖНОСТІ ТА АЛЕКСИТИМІЇ У КОНТЕКСТІ СОМАТИЧНОГО ФОКУСУ ОСОБИСТОСТІ

#### 1.1. Тривожність як психологічний феномен у сучасному науковому дискурсі

У сучасному науковому дискурсі поняття тривожності розглядається як багатовимірний психологічний феномен, який поєднує емоційні, когнітивні та фізіологічні компоненти. При цьому розмежовують тривогу як короткочасний емоційний стан очікування загрози, і тривожність як більш стабільну диспозицію, що підвищує схильність індивіда до переживання страху і напруження в різних життєвих ситуаціях (Li & Jiang, 2022).

Розмежування «стану» і «властивості» має діагностично–практичне значення, оскільки різні часові горизонти тривожності пов'язані з відмінними механізмами підтримання, прогнозами і цілями психологічної допомоги, де ситуативна тривога коригується через регуляцію збудження та переформулювання загроз, а рисова тривожність потребує роботи з установками, метакогніціями та стилями переробки інформаціями (Саннікова, 2023). Це розмежування є ключовим для подальшого опису природи тривожності.

У контексті воєнної ситуації тривожність набуває додаткових вимірів, що проявляється у соціально–психологічному трактування феномену, де тривожність постає як продукт взаємодії індивідуальних рис із контекстом соціальних відносин і культурно–історичних викликів. Ці виклики визначають як інтенсивність переживань, так і способи їх регуляції та соціальної презентації, внаслідок чого зростає значення міжособистісних очікувань, соціальних норм і рольових вимог як тригерів напруження

(Коваленко, 2022). В умовах війни дорослі частіше демонструють зміни у часовій динаміці тривожності – від гострих реакцій на загрозу до більш стійких форм особистісної тривожності, що супроводжується соматичними проявами, емоційної втоми і звуженням копінгового репертуару, що підкреслює контекстуальну залежність феномену та його кумулятивний характер (Заєць, 2023). Водночас тривожність виконує індикаторну функцію щодо суб'єктивного благополуччя, оскільки зростання тривожності дорослих у воєнному контексті супроводжується такими ознаками, як погіршення афективного балансу, зниження відчуття контролю і підвищення соматичних скарг. Це також вказує на системний зв'язок між емоційною дисрегуляцією, якістю життя та соціальним функціонуванням (Макарова, 2023).

Поза соціальними впливами тривожність формується і підтримується на рівні особистісної організації особистості. В цьому контексті вона описується як багаторівнева проблема, що охоплює когнітивні викривлення, сенситивність до невизначеності, інтероцептивну пильність та схеми самосприйняття, які разом підтримують коло взаємного підсилення між очікуванням загрози, фізіологічною реактивністю та униканням (Слепко, 2023).

Підвищена тривожність пов'язана зі схильністю до частішого переживання емоцій напруги, невпевненості та загрози самооцінці, що зумовлюється поєднанням ситуативних стресорів і стабільних індивідуальних диспозицій. Високі показники особистісної тривожності супроводжуються дезадаптивними реакціями та нервово-психічним напруженням у стресових ситуаціях, тоді як оптимальний рівень тривожності виконує адаптивну регулятивну функцію (Шопша & Ярмоленко, 2024).

Багатовимірність проявів тривожності зумовила формування кількох провідних теоретичних моделей, кожна з яких висвітлює цей феномен з окремого ракурсу.

У межах когнітивно–поведінкового підходу тривожність інтерпретується як результат порушення процесів оцінювання небезпеки, що проявляється у хибних переконаннях та катастрофічних інтерпретаціях подій. Когнітивні механізми мають нейробіологічне підґрунтя, що підтверджується даними нейровізуалізаційних досліджень (Riskind & Calvete, 2023). Результати одного з таких досліджень демонструють, що підвищена активність мигдалеподібного тіла та порушення зв'язків між префронтальною корою й лімбічними структурами сприяють формуванню схильності до тривожних реакцій (Baggio et al., 2023). Результати іншого дослідження доводять, що тривожність як риса пов'язана зі стабільними нейронними патернами у зонах кори, відповідальних за когнітивний контроль, тоді як тривога як стан відображає тимчасову активацію цих структур під впливом ситуативного стресу (Shalamberidze & Nash, 2025). Разом ці дані доводять, що тривожність формується на кількох взаємопов'язаних рівнях нервової системи, які включають в себе когнітивні механізми, а також нейрохімічні процеси.

Це багаторівневе бачення тривожності узгоджується з даними сучасних нейропсихологічних досліджень, які описують тривожність як результат дисбалансу нейротрансмітерних систем, зокрема серотоніну, дофаміну та норадреналіну, що впливають на регуляцію базових емоцій і темпераментних характеристик (Dong et al., 2022).

Інший теоретичний ракурс пропонує психодинамічний підхід, який зберігає значення в розумінні тривожності як сигналу внутрішнього конфлікту. Тривожність тут розглядається як показник несвідомих імпульсів, які загрожують порушити психологічну рівновагу. (Grecucci et al., 2020). Сучасні дослідження підкреслюють, що психодинамічні процеси

тісно переплетені з нейробіологічними механізмами регуляції емоцій, зокрема з балансом між підкірковими центрами страху та корковими зонами самоконтролю (Grecucci et al., 2020). Отже, психодинамічні теорії розглядають тривожність як необхідний сигнал для адаптації особистості до внутрішніх і зовнішніх змін.

З позицій екзистенційно–гуманістичної психології тривожність розглядається як невід’ємна частина людського буття, пов’язана з усвідомленням власної скінченності, відповідальністю та необхідністю робити вибір. Екзистенційна тривога, на відміну від патологічної, виконує адаптивну функцію, спонукаючи особистість до пошуку сенсу й автентичності життя (Nasution, Karneli & Netrawati, 2024). Такий підхід зміщує акцент з редукції тривожності на її усвідомлення та інтеграцію в структуру життєвого досвіду.

Поza межами теоретичних підходів, тривожність також описується через окремі структурні компоненти, кожен з яких формує її психологічну картину.

Наприклад, когнітивний компонент тривожності охоплює особливості мислення та інтерпретації загроз. Встановлено, що індивіди з високим рівнем тривожності мають схильність до посиленого когнітивного контролю та підвищеної чутливості до невизначеності (McGovern et al., 2022). Ця характеристика зумовлює постійне очікування загрози, навіть за відсутності реальних підстав, що підкріплює патологічні форми тривожності.

Сучасні дослідження узгоджуються в тому, що тривожність є ключовим регулятором поведінки, який забезпечує баланс між безпекою і самореалізацією особистості (Barros et al., 2022).

Когнітивна складова полягає у спотвореному сприйнятті небезпеки та схильності до катастрофічних інтерпретацій. Сучасні дослідження показують, що тривожність пов’язана із глибинними перцептивними

спотвореннями простору та часу, які формують ілюзію наближення загрози навіть за її відсутності (Riskind & Calvete, 2023). Такі когнітивні викривлення активують механізми постійної настороженості, що зумовлює підвищене збудження нервової системи та порушення регуляції емоцій.

Емоційна складова тривожності визначається переживанням станів страху, напруження, відчуття безпорадності та передчуття загрози, тобто суб'єктивним досвідом переживання тривоги. У межах досліджень нейрокардіоваскулярної динаміки встановлено, що тривожність супроводжується дисбалансом між центральною та автономною нервовими системами, що проявляється в порушеннях серцевого ритму та зниженні когнітивного контролю (Catrambone et al., 2024).

Водночас підвищена тривожність асоціюється з гіперактивацією мигдалеподібного тіла – структури, що забезпечує розпізнавання загрозованих стимулів, – та посиленням реакції гіпоталамо–гіпофізарно–наднирникової осі (НРА), відповідальної за гормональну регуляцію стресу (Zhao et al., 2023). Ці процеси створюють фізіологічне підґрунтя тривожного реагування, що проявляється у прискореному серцебитті, м'язовій напрузі та порушенні дихання.

Поведінкова складова тривожності пов'язана із тенденцією уникати потенційно загрозованих ситуацій, що на короткий час знижує емоційне напруження, але згодом підкріплює патологічні форми тривожності. Зокрема, дослідження показують, що соціальна ізоляція, яка часто є наслідком уникаючої поведінки, може тимчасово зменшити напруження, проте водночас сприяє закріпленню симптомів і зниженню гнучкості мислення (Peçanha–Silveira, 2025). Таким чином, замість зменшення тривожності відбувається її хроніфікація через обмеження соціальних і когнітивних стимулів.

Фізіологічна складова тривожності зумовлюється як генетичними, так і гормональними механізмами. Дослідження свідчать про значну роль

статевих гормонів та генетичних факторів у модифікації активності мозкових структур, пов'язаних із тривогою, таких як мигдалина та гіпокамп, що пояснює статеві відмінності у вираженості тривожних станів (Nurlan, Qin & Li, 2024). Водночас інші дослідження вказують на важливість взаємодії між мозком і серцем, адже ефективність лікування тривожності може бути пов'язана з покращенням когнітивного контролю над автономними процесами організму (Sezer et al., 2024).

Розвиток тривожності як стійкої риси особистості може бути обумовлений поєднанням індивідуальних властивостей та впливів навколишнього середовища. Зокрема, такі особистісні риси, як ригідність мислення, знижена емоційна компетентність та дефіцит саморегуляції формують вразливість до тривожних розладів, особливо у період розвитку. (Gökdağ & Kiziltepe, 2023).

В межах парадигми *Developmental Psychopathology* підкреслюється, що індивіди з низьким рівнем гнучкості мислення і підвищеною емоційною реактивністю демонструють більшу схильність до формування патологічних тривожних станів у відповідь на стресові фактори середовища (Gökdağ & Kiziltepe, 2023). Додатково, нейробіологічні дослідження виявили, що вразливість до тривожності може посилюватись внаслідок дитячих травм, які призводять до довготривалих змін у системі стресової реакції, включно з підвищеною активацією НРА–осі та дисфункцією префронтальної кори (Kuzminskaite et al., 2021). Поєднання окреслених компонентів зумовлює ризик переходу тривожності у хронічний стан. Отже, формування патологічної тривожності відбувається через закріплення дисфункціональних когнітивно–емоційних схем, у яких домінує інтерпретація середовища як загрозливого.

Нейровізуалізаційні дослідження доводять, що у випадках хронічної тривожності спостерігається посилена взаємодія між гіпоталамусом, передньою поясною звивиною та мигдалиною, що відображає постійну

активацію системи «стресового реагування» навіть за відсутності реальної небезпеки, і поступово переводить ситуативну тривогу у стабільний патерн функціонування (Kolobaric et al., 2021). Таким чином, ми бачимо як поєднання когнітивних та фізіологічних чинників, а також впливу середовища, сприяє хронізації тривожності.

У такому контексті особливо помітним стає соматичний вимір тривожності. Психофізіологічні механізми тривожності зумовлюють підвищену тілесну чутливість, гіперуважність до сигналів організму та тенденцію інтерпретувати звичайні соматичні відчуття як патологічні. Таке явище визначається як соматичний фокус або тілесна тривожність. Дослідження демонструють, що у станах підвищеної тривожності виникає спотворене сприйняття інтероцептивних сигналів – внутрішніх відчуттів тіла – що сприяє формуванню симптомів соматизації. Зокрема, встановлено, що при тривожних станах відбувається парадоксальна активація мережі інтероцепції: гіперзбудження соматосенсорних і інсулярних ділянок мозку поєднується зі зниженням здатності до адекватного розпізнавання тілесних сигналів (Terasawa et al., 2021).

Низка досліджень підтверджує, що тривожність є ключовим чинником соматизаційних процесів, посилюючи тілесну фіксацію і сприйняття фізичних симптомів як небезпечних. У моделі взаємозв'язку між тривожністю, алекситимією, соматизацією та депресією встановлено, що соматизація виступає медіатором, який пояснює, яким чином труднощі у розпізнаванні емоцій призводять до формування тілесних скарг (Farhoumandi et al., 2022). Ця тенденція підтверджується і даними досліджень з використанням шкали соматосенсорної ампліфікації, які свідчать, що гіперчутливість до тілесних сигналів посилює зв'язок між алекситимією та соматичними симптомами (Tan et al., 2024).

Важливою характеристикою тривожних осіб є гіперуважність до інтероцептивних відчуттів. Емпіричні результати показують, що у людей із

високим рівнем тривожності спостерігається порушення точності сприйняття тілесних сигналів і схильність до їх когнітивного викривлення. Виявлено, що у соматичних розладах точність інтероцепції знижується, а натомість зростає упередженість у сприйнятті сигналів тіла, що посилює тілесну тривогу (Wolters et al., 2022). Подібні ефекти спостерігаються і серед осіб із підвищеною схильністю до алекситимії – вони демонструють низьку здатність до емоційної диференціації, компенсуючи тілесною гіперчутливістю (Zdankiewicz–Ścigała et al., 2021).

Функціональні соматичні симптоми також тісно пов'язані з емоційною дисрегуляцією. Виявлено, що люди з недостатньо ефективними стратегіями емоційної регуляції частіше повідомляють про тілесні скарги, зокрема біль, втому чи відчуття напруження, навіть за відсутності медичних причин (Petzke & Witthöft, 2024). Такі результати узгоджуються з концепцією тілесної тривоги, за якої порушення емоційної саморегуляції призводить до фіксації уваги на тілесних симптомах. Експериментальні дослідження також доводять, що інтероцептивна чутливість пов'язана з рівнем тривожності: надмірне усвідомлення внутрішніх тілесних сигналів корелює з вираженістю соматичних симптомів (Maulina & Ohira, 2024).

Актуальні клінічні дані підтверджують, що у пацієнтів із соматичними розладами зниження алекситимії через терапевтичні втручання (зокрема, майндфулнес–орієнтовану когнітивну терапію) призводить до зменшення психосоматичного дистресу, підвищення самоспівчуття та поліпшення інтероцептивної регуляції (Xu, Shi & Li, 2024). Таким чином, тривожність, емоційна неусвідомленість і соматична фіксація формують єдиний патогенетичний ланцюг, у якому тіло стає «мовою» непропрацьованих емоцій.

Узагальнюючи наведені дані, можна стверджувати, що вегетативна реактивність є основою соматизації, – процесу, за якого хронічне збудження симпатичної нервової системи призводить до соматичних скарг

навіть у відсутності органічних патологій. Високий рівень тривожності супроводжується збільшеною активністю гіпоталамо–гіпофізарно–наднирничкової осі, що стимулює вивільнення кортизолу та посилює тілесні реакції на стрес. У підсумку формується замкнене коло: тривожність підвищує тілесну чутливість, а тілесні симптоми, у свою чергу, підсилюють тривогу.

Тривожність у контексті психологічного здоров'я виступає як центральний чинник у розвитку соматичного фокусу особистості. Її дослідження в поєднанні з алекситимією дозволяє глибше зрозуміти механізми соматизаційних процесів, де неусвідомлені емоції набувають форми тілесних симптомів, а психічна напруга трансформується у фізичний дискомфорт.

## **1.2. Алекситимія як особистісна характеристика та її взаємозв'язок із психосоматичними проявами**

Сучасні дослідження окреслюють алекситимію як багатовимірний конструкт, що поєднує труднощі ідентифікації та опису власних емоцій, а також зовнішньо зорієнтоване мислення, формуючи стійкі дефіцити емоційної обробки, емпатійної відповіді та саморегуляції, які безпосередньо пов'язані з підвищеною вразливістю до соматичних скарг і психосоматичних розладів (Di Tella et al., 2020). Теоретичні узагальнення підкреслюють, що алекситимія не зводиться до ізольованого «мовчання емоцій», а постає як системна проблема порушеної взаємодії когнітивного, афективного та інтероцептивного рівнів, унаслідок чого зростає увага до тілесних сигналів без їх коректної емоційної інтерпретації, що посилює соматичний фокус і сприяє соматизації (Готич & Федик, 2025).

Структурна організація алекситимії найчастіше описується у межах когнітивно–афективної дихотомії, де когнітивний компонент охоплює труднощі з розпізнаванням і вербалізацією емоцій, а афективний – знижене

усвідомлення та вираження почуттів. Модель Торонтського опитувальника алекситимії (TAS-20) залишається основою емпіричних вимірювань, проте сучасні роботи вказують на існування функціональних підтипів алекситимії, зокрема так званої «афективної агнозії» – вираженого порушення здатності переживати емоції, що відображає крайній полюс алекситимічного спектра. Виявлено, що такі особи демонструють недостатню активацію правої півкулі, обмежену емоційну уяву та когнітивну ригідність, що ускладнює інтеграцію емоційного досвіду у систему самосвідомості (Lane et al., 2020).

Описані психометричні та функціональні особливості алекситимії узгоджуються з нейропсихологічними даними, які демонструють відповідні зміни у мозкових структурах, що забезпечують емоційну обробку. Згідно з нейропсихологічними дослідженнями, алекситимія пов'язана з дисфункцією передньої поясної звивини, інсулярної кори та лобних зон мозку – структур, що забезпечують інтеграцію інтероцептивних сигналів і когнітивну оцінку емоційних станів. Дані магнітно-резонансної томографії свідчать, що при високому рівні алекситимії знижується функціональна зв'язність між правою інсулярною корою та передньою поясною звивиною, що обмежує здатність до емоційної рефлексії навіть за умови збереженого інтелектуального рівня (Motomura et al., 2023).

Аналогічні результати отримано у дослідженнях з використанням функціональної МРТ, де виявлено знижену реактивність інсулярної кори та поясної звивини у відповідь на емоційні стимули у осіб із високою алекситимією (Morr et al., 2021). Такі нейробиологічні особливості узгоджуються з даними про зміну активності салієнс-мережі мозку, яка відповідає за виділення значущих внутрішніх і зовнішніх стимулів. Дослідження із застосуванням артеріального спінового маркування показало, що зростання рівня алекситимії пов'язане зі зменшенням зв'язності між інсулою та передньою поясною звивиною, що вказує на

ослаблену інтеграцію афективної інформації (Motomura et al., 2023). У межах цього ж дослідження також було виявлено, що високий рівень алекситимії супроводжується гіпоактивацією системи емоційної регуляції, зокрема гіпоталамо–гіпофізарно–наднирникової осі та зниженням рівня нейропептидів, таких як окситоцин, що беруть участь у формуванні соціальної прив'язаності та емоційної чутливості (Motomura et al., 2023). Подібні результати отримано у вибірках осіб із нейрокогнітивними порушеннями, де виявлено кореляцію між високим рівнем алекситимії та порушенням активації орбітофронтальних і лімбічних структур, зокрема мигдалеподібного тіла, під час регуляції емоційних стимулів (van Assche et al., 2021).

Виявлені зміни у функціонуванні емоційних та інтероцептивних центрів мозку безпосередньо впливають на те, як особа з алекситимією сприймає й інтерпретує тілесні сигнали. Високий рівень алекситимії супроводжується порушенням інтероцептивної обробки – здатності розпізнавати та інтерпретувати сигнали з власного тіла, що проявляється як парадоксальна тілесна фіксація. Дослідження показали, що особи з високою алекситимією демонструють гіперуважність до тілесних сигналів, але водночас знижену здатність правильно розпізнавати їхній емоційний зміст (Terasawa et al., 2021). Така суперечність, яку дослідники визначають як парадоксальну соматичну обробку, виявляється у посиленій активності соматосенсорних зон мозку при емоційних подразниках і ослабленій активації інсулярної кори, що перешкоджає інтеграції тілесних відчуттів з емоційним досвідом.

Порушення інтероцепції формує базу для більш широких соматизаційних механізмів, зокрема до соматосенсорної ампліфікації, тобто схильності сприймати тілесні відчуття як надмірно інтенсивні та загрозливі. Дослідження міжособистісних та нейропсихологічних аспектів показують, що інтероцептивна чутливість і соматосенсорна ампліфікація

виступають проміжними ланками між алекситимією і соматизацією. Особи з вираженою алекситимією мають підвищений рівень тілесної настороженості, що підсилює психосоматичний дистрес і створює підґрунтя для розвитку соматоформних розладів (Zdankiewicz–Ściagała et al., 2021). При цьому алекситимія підсилює загальну тілесну тривожність, що проявляється як фіксація на фізичних відчуттях. Аналогічно, результати масштабного міжнародного дослідження підтверджують, що інтероцептивні дефіцити – одна з центральних характеристик алекситимії, яка пояснює її зв'язок із соматизацією (Gaggero et al., 2021).

Ці тілесні та емоційні дефіцити мають також міжособистісний вимір. Емпіричні дослідження підтверджують, що алекситимія є суттєвим чинником ризику психічного неблагополуччя, оскільки обмежує здатність до регуляції емоцій і знижує ефективність адаптаційних стратегій. В осіб з високим рівнем алекситимії виявляється порушення у розпізнаванні емоцій інших, що посилює соціальну ізоляцію і знижує здатність до емпатії (Ergelen & Sayiner, 2025). Такі дефіцити, як показують результати нейропсихологічного моделювання, корелюють із труднощами у розпізнаванні страху, нейтральних та змішаних емоцій, що створює перешкоди у міжособистісній взаємодії та сприяє виникненню тривожних реакцій. Згідно з даними машинного навчання, порушення розпізнавання емоційних виразів облич є одним із найбільш інформативних предикторів алекситимії, що вказує на її глибинну інтегрованість у систему емоційної перцепції (Farhoumandi et al., 2021).

Порушення соціальної взаємодії й розпізнавання афекту поглиблюють загальну емоційну дисрегуляцію, що проявляється також у клінічно значущих симптомах. Зокрема, на рівні психопатології алекситимія виявляється тісно пов'язаною з тривожними, депресивними та obsесивно–компульсивними симптомами. Метааналіз клінічних вибірок підтверджує, що підвищені показники алекситимії поєднуються з високим

рівнем депресії та тривоги, а також з дефіцитами у розпізнаванні емоційних виразів обличчя, що характерно для осіб із хронічним больовим синдромом (La Touche et al., 2021). Подібні результати отримано і для осіб із біполярним розладом, де емоційна дисрегуляція виступає предиктором як алекситимії, так і соматизаційних симптомів, що свідчить про їхній спільний патогенетичний механізм (Ayk et al., 2023).

Взаємозв'язок емоційної дисрегуляції та інтероцептивних порушень також створює умови для появи соматичних проявів. Зокрема, дослідження психосоматичних захворювань підтверджують, що високий рівень алекситимії сприяє соматизації психологічної напруги, оскільки емоційні імпульси не розпізнаються, не символізуються і не знаходять психічного опрацювання, а натомість автоматично переключаються у тілесні прояви. Наприклад, у пацієнтів із запальними захворюваннями кишківника підвищені показники алекситимії асоціюються з вираженими соматичними скаргами, нудотою, болем у животі та здуттям, а також із більшою активністю хвороби (Vinni et al., 2021). Аналогічні тенденції виявлено серед пацієнтів із Хашимото–тиреоїдитом, де алекситимія негативно впливає на психічне благополуччя, підсилюючи депресивні симптоми та знижуючи якість життя (Martino et al., 2021).

На рівні клінічної практики встановлено, що алекситимія є фактором ризику розвитку психосоматичних порушень, зокрема серцево–судинних, гастроінтестинальних та хронічних больових синдромів. Систематичні огляди демонструють, що у пацієнтів із запальними захворюваннями кишківника (IBD) високий рівень алекситимії асоціюється з інтенсивнішими соматичними скаргами, гіршою якістю життя та підвищеною тривожністю (Martino et al., 2020). Аналогічні тенденції виявлено у пацієнтів із астмою, де алекситимія пов'язана з погіршенням контролю симптомів, підвищеною емоційною реактивністю та ризиком ускладнень через недооцінку тілесних сигналів, що призводить до

неадекватної поведінки під час нападів (Silvestro et al., 2023). У сфері кардіології підтверджено, що високий рівень алекситимії корелює з підвищеним ризиком гіпертензії, аритмії та серцевих нападів, оскільки емоційна нейтралізація перешкоджає ефективній стрес-реакції та сприяє хронічній активації симпатичної нервової системи (Sancassiani et al., 2023).

Психофізіологічні дослідження виявили, що алекситимія супроводжується емоційною нейтралізацією – схильністю придушувати або відчужувати емоційні реакції, що знижує адаптивність автономної регуляції. У хворих на фіброміалгію, наприклад, рівень алекситимії тісно корелює з підвищеною соматосенсорною ампліфікацією, а також із тривожністю та депресивними симптомами, які медіують вплив алекситимії на функціональні порушення (Demirkan–Gerdan et al., 2025). Такі результати свідчать, що емоційна дисрегуляція і порушення автономної функції (зокрема гіперактивація осі НРА і симпатичної нервової системи) виступають ключовими біопсихологічними механізмами у розвитку соматичних симптомів.

Зв'язок алекситимії з емоційною дисрегуляцією також простежується у контексті порушень особистості. За даними систематичного огляду, алекситимічні риси найбільш виражені у пацієнтів із розладами особистості кластерів В та С, що супроводжується емоційною нестабільністю, імпульсивністю та схильністю до психосоматичних розладів (Chaim Almeida et al., 2024). У цих осіб емоційна напруга часто виявляється у формі тілесних скарг або агресивних реакцій, що вказує на заміщення емоційного вираження соматичними або поведінковими формами розрядки.

На психологічному рівні ці процеси підтримуються додатковими механізмами, одним з яких є когнітивне уникнення. Це механізм, за якого особистість уникає когнітивного усвідомлення власних негативних почуттів, що спричиняє накопиченню психічної напруги і спрямуванню її у тілесну сферу. Роршах-діагностичні дослідження показують, що у таких

осіб переважають конфлікти, пов'язані із самосприйняттям, ригідністю мислення та низькою толерантністю до стресу, що знижує ефективність психотерапевтичних інтервенцій і підвищує ризик хронічної соматизації (Bandyopadhyay & Mahato, 2021). Підтвердженням цього є і систематичні огляди, які демонструють, що зменшення рівня алекситимії в результаті психотерапії супроводжується зниженням больових і гастроінтестинальних симптомів (von Schoenhueb et al., 2023).

Практикоорієнтовані підходи до корекції в молодіжних вибірках демонструють ефективність цілеспрямованого розвитку емоційної грамотності, тренування навичок розпізнавання та вербалізації афекту, а також інтеграції тілесноорієнтованих і майндфулнес–технік для відновлення зв'язку між тілесним досвідом і символічним означенням, що опосередковано знижує інтенсивність соматичних скарг (Олійніченко, 2024). Узагальнення емпіричного та теоретичного матеріалу у рамках дисертаційних досліджень підтверджує стабільність структури алекситимії та її предиктивний зв'язок із показниками психологічного неблагополуччя і соматизації, що обґрунтовує доцільність комплексної діагностики із залученням як опитувальників типу TAS–20, так і показників інтероцептивної усвідомленості та стрес–реактивності (Позняк, 2021).

Узагальнюючи наведені дані, взаємозв'язок між алекситимією та психосоматичними проявами можна охарактеризувати як багаторівневу взаємодію між когнітивною ригідністю, тілесною гіперчутливістю та емоційною нейтралізацією. Алекситимічна особистість сприймає емоційні конфлікти через тіло, що призводить до хронічного соматичного напруження, порушення автономної регуляції та розвитку психосоматичних симптомів, а це підтверджує що алекситимія є провідним патогенетичним чинником соматизації.

### **1.3. Соматичний фокус особистості як психологічний феномен у структурі зв'язку тривожності та алекситимії**

У сучасній психологічній науці соматичний фокус описується як когнітивно–емоційний стиль переробки інформації, за якого внутрішні тілесні сигнали набувають підвищеної значущості та інтерпретуються крізь призму загрози, що за умов порушеної інтероцептивної інтеграції підсилює схильність до соматизованих скарг і підтримує контур «увага до тіла–тривожна інтерпретація–фізіологічна реактивність» (Varends et al., 2020). Такий стиль особливо чутливий до дефіцитів емоційної ідентифікації та вербалізації, властивих алекситимії: труднощі у трансформації тілесного збудження в диференційований емоційний зміст зміщують регуляцію в бік тілесної пильності, посилюючи фіксацію на відчуттях і їх катастрофізацію, що у підсумку збільшує ймовірність психосоматичних проявів (Михайленко, 2022). У цьому контексті соматичний фокус постає як механізм, що пов'язує тривожність та алекситимію, оскільки в обох випадках тілесні відчуття стають основою переживання внутрішнього напруження.

Дослідження останніх років демонструють, що соматичний фокус складається з трьох взаємопов'язаних компонентів: тілесної гіперуважності, інтероцептивної чутливості та когнітивної інтерпретації тілесних сигналів. Тілесна гіперуважність означає схильність до постійного моніторингу внутрішніх відчуттів, навіть незначних, які зазвичай ігноруються людьми без подібної схильності. Інтероцептивна чутливість, у свою чергу, відображає здатність точно розпізнавати фізіологічні зміни в організмі. Водночас дослідження показують, що підвищена тілесна уважність не завжди пов'язана з більш точною інтероцепцією – у багатьох випадках вона супроводжується викривленням тілесних сигналів, що пов'язано з впливом тривожних очікувань і когнітивних упереджень (Wolters et al., 2022).

Емпіричні дані підтверджують, що ці компоненти взаємодіють нерівномірно, що проявляється у специфічних викривленнях тілесної інформації. Зокрема, в метааналізі було встановлено, що у осіб із соматоформними розладами інтероцептивна точність є зниженою, тоді як упередженне сприйняття тілесних сигналів має тенденцію до підвищення. Це свідчить про те, що соматичний фокус формується через когнітивне викривлення тілесної інформації, внаслідок якого звичайні відчуття набувають надмірної значущості (Wolters et al., 2022). Подібні результати отримали і в іншому дослідженні, де було виявлено, що у пацієнтів із функціональними соматичними синдромами спостерігається гіперактивація ділянок мозку, пов'язаних із тілесною настороженістю – інсулярної кори, медіальної префронтальної зони та передньої поясної звивини. Ці результати підтверджують нейробіологічну основу соматичного фокусу як прояву порушеної топ-даун регуляції тілесних процесів (Kano et al., 2020).

На нейропсихологічному рівні соматичний фокус формується через низку взаємопов'язаних процесів, що включають тривожну інтерпретацію тілесних сигналів, гіперактивацію лімбічної системи, та порушення когнітивної регуляції. На відміну від соматосенсорної ампліфікації, що характеризує надмірну інтенсивність тілесних переживань, соматичний фокус відображає когнітивний процес фіксації на тілі як джерелі емоційного змісту, тоді як інтероцептивна обізнаність означає здатність розпізнавати ці сигнали без їх патологічного переосмислення. У цьому контексті соматичний фокус можна розглядати як перехресний механізм, що пов'язує тривожність, емоційну регуляцію та психосоматичну вразливість особистості (Paulus & Stein, 2010). Тривожні стани зумовлюють підвищену увагу до внутрішніх тілесних сигналів, що сприймаються як потенційно небезпечні або патологічні. Ця гіперуважність до тілесних відчуттів супроводжується активацією лімбічних структур – насамперед

інсулярної кори та мигдалеподібного тіла, які відіграють провідну роль у формуванні суб'єктивного відчуття тілесної загрози. Нейровізуалізаційні дослідження доводять, що саме надмірна активація цих структур зумовлює посилення тілесної чутливості та створює замкнуте коло між тривогою і соматичними відчуттями (Harrison et al., 2021).

Дослідження будови функціональних мереж мозку показують, що у станах тривоги переважає потік інформації від лімбічних структур до кори (bottom-up) при одночасному зниженні контролюючих топ-даун процесів, що знижує ефективність когнітивної регуляції емоційних реакцій (Li et al., 2020). При цьому хронічна активація мигдалеподібного тіла та передньої інсулярної кори призводить до порушення автономної регуляції – збільшення частоти серцевих скорочень, змін у диханні та загального напруження скелетних м'язів, які посилюють відчуття тривоги.

Нейрофізіологічні механізми вказують на дисбаланс між відчуттями та їх інтерпретацією. Це узгоджується з результатами метааналізу, які показали, що підвищена тілесна настороженість супроводжується викривленням сприйняття інтероцептивних сигналів і схильністю до катастрофічної інтерпретації нормальних фізіологічних реакцій (Clemente et al., 2024). Ці результати узгоджуються з моделлю інтероцептивного активного передбачення, згідно з якою мозок у стані тривоги не здатен адекватно оновлювати передбачення тілесних станів, внаслідок чого звичайні сенсорні сигнали сприймаються як симптоми небезпеки (Gerrans & Murray, 2020). Таким чином, когнітивні спотворення виступають центральним чинником у формуванні соматичного фокусу при тривожності.

Невідповідність між передбаченнями та тілесними скаргами викликає спробу компенсувати невизначеність через підвищення когнітивного контролю, що підтверджено даними нейропсихологічних досліджень. Зокрема, експеримент із функціональною МРТ показав, що при високому

рівні соматичної тривожності відзначається посилена активація топ–даун зв'язків між сенсомоторною корою та інсулярними ділянками, що свідчить про намагання мозку компенсувати невизначеність внутрішніх сигналів через когнітивний контроль (Bouziane et al., 2021). Ці дані ще раз підтверджують, що тривожні індивіди демонструють підвищену когнітивну регуляцію тілесного досвіду – надмірне фокусування на тілесних відчуттях у поєднанні зі зниженням гнучкості сенсорної обробки. Цей механізм, однак, лише підсилює тілесну тривогу, оскільки підвищена увага до фізіологічних реакцій сприяє зростанню їх емоційної значущості.

Когнітивна оцінка тілесних сигналів посилюється порушеннями взаємодії між лімбічними та корковими зонами, що виявляє себе у вигляді специфічних когнітивних спотворень, таких як катастрофічне мислення. Ці спотворення відіграють суттєву роль у підтриманні соматичного фокусу, так як вони зумовлюють тенденцію тлумачити будь–які зміни у фізіологічному стані як ознаку серйозної патології, що, в свою чергу, підсилює тілесну тривогу. Це підтверджується даними нейровізуалізаційних досліджень, які виявляють порушення роботи вентромедіальної префронтальної кори – зони, що забезпечує когнітивну переоцінку загрозливих стимулів, – у поєднанні зі зменшеним об'ємом сірої речовини в гіпокампі та інсулі (Wei et al., 2020).

Попри стійкість вище перерахованих патернів, втручання та інтервенції, спрямовані на покращення інтероцептивної обізнаності, знижують рівень соматичної тривоги, нормалізуючи активацію передньої інсулярної кори. Такий ефект спостерігався у результаті інтероцептивного тренування, що підвищувало здатність до усвідомленого сприйняття тілесних сигналів без їх катастрофічної оцінки, що підтверджує можливість корекції соматичного фокусу через розвиток навичок тілесної саморегуляції (Sugawara et al., 2024). Отримані результати вказують, що

соматичний фокус не є фіксованим конструктом і піддається цілеспрямованій корекції.

Проте, соматичний фокус є не лише наслідком тривожності. Він також набуває особливої значущості у контексті алекситимії, де дефіцит емоційної ідентифікації та вербалізації зсуває фокус переживань на тілесну сферу. Нездатність точно ідентифікувати та вербалізувати власні емоції спричиняє зсув емоційного усвідомлення у сферу тілесного сприйняття, коли фізіологічні реакції стають основним каналом емоційного вираження. Така заміна емоційної рефлексії тілесним відчуттям зумовлює формування стійкої фіксації на соматичних сигналах, що підсилює схильність до соматизації (Terasawa et al., 2021).

Інтероцептивні механізми уточнюють природу цього зсуву. Дослідження показали, що алекситимія тісно пов'язана з інтероцептивною дисфункцією – порушенням точності сприйняття внутрішніх тілесних сигналів, що призводить до підвищеної тілесної настороженості, коли звичайні фізіологічні реакції сприймаються як симптоми небезпеки, що, в свою чергу, сприяє виникненню тривожності та тілесного напруження. Встановлено, що дефіцит інтероцептивного усвідомлення викликає когнітивну невизначеність у процесі розпізнавання емоцій, внаслідок чого людина сприймає тіло як основне джерело емоційного досвіду (Wiśniewski et al., 2023).

Таке поєднання емоційних і тілесних порушень закономірно проявляється у соматизаційних процесах, що виконують медіаторну роль у зв'язку між алекситимією та тривожністю. При цьому соматичний фокус постає як чинник, який підтримує та посилює тривожні стани. У структурному моделюванні встановлено, що соматизація виступає провідним шляхом передачі впливу алекситимії на емоційні розлади, зокрема на тривожність та депресію (Farhoumandi et al., 2022). Це підтверджує, що тілесна фіксація має функцію перетворення психічного

напруження на соматичні реакції, виконуючи роль своєрідного емоційного каналу розвантаження.

Важливим компонентом, який підсилює цей медіаторний механізм, є соматосенсорна ампліфікація – схильність сприймати тілесні сигнали як надмірно інтенсивні або патологічні. Доведено, що цей феномен посилює вплив алекситимії на соматичні прояви, оскільки при недостатній емоційній обробці тілесні відчуття набувають надмірної значущості (Tan et al., 2024). Тілесна гіперуважність у поєднанні з обмеженою емоційною свідомістю створює основу для перетворення стресових емоцій у соматичні симптоми, що веде до формування психосоматичних скарг.

Емоційна дисрегуляція додатково ускладнює переробку тілесних сигналів. Дослідження когнітивних стратегій емоційної регуляції підтверджують, що їхній дефіцит підсилює тілесну фіксацію й послаблює адаптивні механізми психічної саморегуляції (Farahi et al., 2023). Отже, соматичний фокус виконує функцію медіатора у взаємозв'язку між алекситимією, емоційною дисрегуляцією та соматизаційними процесами. Крім того, клінічні спостереження вказують, що особи з високим рівнем алекситимії та соматичного фокусу схильні до уникнення емоційного осмислення й переоцінки тілесних сигналів, що підтримує стан хронічної тривоги та соматичного напруження (Ока, 2020).

Важливим аспектом сучасних досліджень є розмежування понять «соматичний фокус», «соматосенсорна ампліфікація», та «інтероцептивна обізнаність». Соматичний фокус описує спрямованість уваги на тілесні відчуття, тоді як соматосенсорна ампліфікація стосується тенденції сприймати ці відчуття як надмірно інтенсивні або патологічні. Інтероцептивна обізнаність, навпаки, характеризує адаптивний рівень чутливості до тілесних процесів, який сприяє ефективній саморегуляції. Дослідження на великих вибірках підтверджують, що ці три феномени мають різну структуру та не є взаємозамінними. Зокрема, довели, що різні

опитувальники інтероцепції вимірюють частково несуміжні конструкції, що вимагає більш точного розмежування термінів у психофізіологічних дослідженнях (Vig, Köteles & Ferentzi, 2022).

Разом ці результати окреслюють нейрокогнітивний фундамент соматичного фокусу, однак конкретні його прояви можуть змінюватися в залежності від контексту та характеристик вибірки. Зокрема, на молодіжних вибірках механізм соматичного фокусу проявляється у поєднанні емоційної невизначеності з депресивною симптоматикою. В цьому контексті недостатня емоційна мапа підкреслює соматичний фокус, а депресивні переживання звужують репертуар копіngu, утримуючи увагу на тілесному дискомфорті та поглиблюючи його суб'єктивну інтенсивність (Лісовський, 2024). У більш широких популяційних контекстах кумуляція негативних емоцій на тлі підвищеної тілесної пильності асоціюється з вищими показниками психосоматичних розладів: соматичний фокус у таких випадках виконує роль «підсилювача» афективної дисрегуляції, що переводить афективне напруження у соматичні скарги та поведінкове уникання, підтримуючи хронічний перебіг симптомів (Біленко, 2024). У порівняльному дослідженні студентів з Японії та Індонезії встановили, що соматичний фокус тісно пов'язаний із рівнем тривожності, емоційною збудливістю та духовними уявленнями про тіло, а також модерується культурними особливостями інтерпретації тілесного досвіду (Maulina, Yogo & Ohira, 2022). У вибірках жінок із травматичним досвідом було виявлено надмірне фокусування на тілесних сигналах без належної регуляції уваги, що асоціюється з підвищенням соматичних скарг. Регресійний аналіз в цьому дослідженні підтвердив, що саме порушення регуляції уваги інтероцептивних процесів є одним із ключових предикторів тілесного дистресу. А це, в свою чергу, підкреслює роль соматичного фокусу як потенційного механізму психофізіологічної вразливості (Machorrinho & Marmeleira, 2025).

Також дослідження виявили, що у пацієнтів із соматоформними розладами спостерігається зниження показників інтероцептивної саморегуляції, тоді як рівень інтероцептивної настороженості залишається підвищеним, що свідчить про нерівномірність розвитку компонентів тілесного усвідомлення (Flasinski et al.,2020).

Таким чином, соматичний фокус можна розглядати як центральну ланку інтегративної моделі, що поєднує алекситимію, тривожність і соматизацію. Дефіцит емоційного усвідомлення створює передумови для тілесної фіксації, а інтероцептивна дисфункція та соматосенсорна ампліфікація підтримують цей стан, перетворюючи емоційне напруження на соматичні симптоми. Така взаємодія визначає психофізіологічну основу соматизаційних процесів і пояснює, чому соматичний фокус виступає активним механізмом її підтримання.

### **Висновки до розділу 1**

1. У ході теоретичного аналізу проблеми взаємозв'язку тривожності та алекситимії у контексті соматичного фокусу особистості було встановлено, що ці феномени мають спільну психофізіологічну основу. У всіх цих явищах порушена робота емоційної регуляції та інтероцептивних процесів. Особи з труднощами емоційного усвідомлення менше покладаються на когнітивні засоби опрацювання переживань і натомість зосереджуються на тілесних відчуттях. Накопичення нерозпізнаних емоцій зумовлює підвищену внутрішню напруженість, яка трансформується у тілесні прояви й посилює схильність до соматизації. Отже, тривожність, алекситимія та соматичний фокус формують єдину функціональну систему, у якій емоційна дезінтеграція проявляється на когнітивному та тілесному рівнях.

2. Розгляд тривожності у сучасному науковому дискурсі дав змогу визначити її як багаторівневий конструкт, який охоплює когнітивні,

емоційні, поведінкові та фізіологічні компоненти. Тривожність виявляється як стійка диспозиційна характеристика, що впливає на стиль мислення, сприйняття тілесних сигналів та поведінкові стратегії. Встановлено, що хронічна тривожність супроводжується гіперактивацією лімбічних структур – насамперед мигдалеподібного тіла та інсулярної кори – які забезпечують зв'язок між тілесними реакціями та емоційним досвідом. Такий стан формує стійку схильність до напруження і фіксації на тілі.

3. У межах аналізу феномену соматичного фокусу особистості встановлено, що він є когнітивно–емоційною схильністю до концентрації уваги на тілесних відчуттях, яка відображає порушення інтеграції між емоційною й тілесною сферами. Структура соматичного фокусу включає тілесну гіперуважність, інтероцептивну чутливість та когнітивну інтерпретацію тілесних сигналів. Виявлено, що саме когнітивні викривлення та катастрофічне мислення виступають ключовими механізмами у підтриманні соматичного фокусу, оскільки посилюють тілесну настороженість і спотворюють сприйняття фізіологічних відчуттів. Нейропсихологічні моделі підтверджують, що хронічна тривожність активує інсулярну кору та порушує роботу автономної нервової системи, що підсилює соматичну реактивність і фіксацію на тілі.

4. Отже, у результаті теоретичного дослідження обґрунтовано, що зв'язок тривожності та алекситимії у контексті соматичного фокусу є комплексним і базується на взаємодії трьох рівнів – емоційного (дефіцит усвідомлення й регуляції), когнітивного (катастрофічні інтерпретації тілесних сигналів) і фізіологічного (порушення автономної регуляції). Людина з труднощами емоційного усвідомлення більше покладається на тілесні сигнали. Тривожність підсилює цю пильність, внаслідок чого емоційне напруження переходить у тілесний дискомфорт, а соматичні симптоми стають частиною щоденного переживання.

Перспективою подальшого узагальнення є уточнення ролі соматичного фокусу як модератора взаємодії тривожності та алекситимії, що створює теоретичне підґрунтя для емпіричної перевірки відповідних гіпотез у подальших розділах роботи.

## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ТРИВОЖНОСТІ ТА АЛЕКСИТИМІЇ У КОНТЕКСТІ СОМАТИЧНОГО ФОКУСУ ОСОБИСТОСТІ

#### 2.1. Опис дизайну дослідження

Дослідження має крос-секційний дизайн (одноразовий зріз). Його побудова ґрунтувалася на поєднанні теоретико–аналітичного, емпіричного та математико–статистичного етапів, що забезпечило комплексний підхід до вивчення поставленої проблеми. Основна мета полягала у виявленні закономірностей взаємозв'язку між рівнем тривожності, показниками алекситимії та соматичними проявами з урахуванням тілесної спрямованості уваги особистості. Для цього було сплановано послідовну процедуру дослідження, яка включала теоретичне опрацювання наукових джерел, емпіричне вивчення за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик та статистичну обробку отриманих даних із подальшою інтерпретацією результатів (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

#### Етапи дослідження

№	Назва етапу	Стислий опис
1	Теоретико–аналітичний етап дослідження	На цьому етапі здійснювався системний аналіз сучасних наукових джерел з проблематики тривожності, алекситимії та соматичного фокусу особистості. Було окреслено провідні концепції, емпіричні моделі та результати попередніх досліджень, що дозволило сформулювати гіпотези та визначити напрями емпіричної перевірки взаємозв'язків між досліджуваними змінними.
2	Організаційно–емпіричний етап	Етап передбачав безпосереднє проведення дослідження у форматі онлайн–опитування. Збір даних здійснювався за допомогою електронної платформи Google Forms, що забезпечило

		зручність, анонімність та стандартизацію процедури. До дослідження було залучено респондентів різного віку та соціального статусу, які заповнювали комплекс валідних психодіагностичних методик, спрямованих на вимірювання рівня тривожності, алекситимії, тілесної усвідомленості та соматичних скарг.
3	Етап математико–статистичної обробки даних	Після збору інформації проведено кількісний аналіз отриманих результатів із використанням методів описової статистики, кореляційного, регресійного та модераційного аналізу. Математико–статистична обробка дала змогу виявити закономірності взаємозв'язку між змінними та емпірично перевірити гіпотези, висунуті у теоретичній частині роботи.
4	Інтерпретаційно–узагальнювальний етап	Завершальним кроком стало узагальнення отриманих результатів, їх інтерпретація у контексті теоретичних положень і формування висновків щодо ролі тривожності та алекситимії у формуванні соматичного фокусу особистості. Отримані дані дозволили підтвердити або спростувати вихідні припущення, а також визначити перспективи подальших наукових досліджень у цій сфері.

### ***Етап I. Теоретико–аналітичний етап дослідження***

На цьому етапі здійснювався системний аналіз сучасних наукових джерел, який дозволив узагальнити основні підходи до розуміння природи цих феноменів, виявити їхні спільні та відмінні риси, а також окреслити напрями їх взаємодії у структурі психічного життя людини. Особлива увага приділялася теоретичному осмисленню тривожності як складного емоційного стану, який поєднує когнітивні, афективні та соматичні компоненти та може виступати як адаптивним механізмом, так і чинником дезадаптації (Nasution, Karneli & Netrawati, 2024).

Під час теоретичного аналізу було систематизовано основні уявлення про алекситимію як особистісну характеристику, що проявляється у труднощах усвідомлення, розпізнавання та вербалізації власних емоцій.

Така особливість емоційної сфери зумовлює обмеження у внутрішньоособистісній регуляції, що може призводити до посилення тривожних переживань і перенесення емоційної напруги у тілесну сферу (Di Tella et al., 2020). Розгляд алекситимії в контексті тривожності дав змогу глибше зрозуміти психологічні механізми, які лежать в основі взаємозв'язку між емоційними та соматичними процесами.

Окремий акцент на цьому етапі було зроблено на понятті соматичного фокусу особистості, що розглядається як схильність до підвищеної уваги до власних тілесних відчуттів і сприйняття фізичних сигналів як індикаторів внутрішнього стану (Varends et al., 2020). Така спрямованість уваги на тіло виступає важливою ланкою у взаємодії емоційної та соматичної сфер, оскільки посилює сприйняття тілесних реакцій на емоційні подразники. Врахування цього конструкта дозволило розширити розуміння психосоматичного виміру тривожності та алекситимії.

Результати теоретико–аналітичного етапу дали змогу побудувати загальну логіку подальшого дослідження, визначити його основні поняття, сформулювати робочі гіпотези та обґрунтувати вибір методичного інструментарію.

### ***Етап II. Організаційно–емпіричний етап дослідження***

Етап передбачав безпосереднє проведення емпіричного вивчення взаємозв'язку між тривожністю, алекситимією та соматичним фокусом особистості з використанням стандартизованих психодіагностичних методик. Основна мета полягала у збиранні достовірних емпіричних даних, які б дозволили кількісно описати рівень вираженості досліджуваних психологічних характеристик і простежити взаємозв'язки між ними.

Дослідження проводилося у форматі онлайн–опитування, що дало змогу забезпечити зручність участі для респондентів, географічну різноманітність вибірки та стандартизованість процедури збору даних. Опитування здійснювалося за допомогою електронної платформи Google

Forms, яка дозволила автоматизувати процес фіксації відповідей, гарантувати анонімність учасників і забезпечити точність у збереженні результатів. Такий формат проведення дослідження відповідає сучасним тенденціям у психологічній науці, оскільки поєднує доступність, етичність і методичну чіткість.

До дослідження були залучені учасники різного віку, статі та соціального статусу, що дало можливість отримати більш об'єктивне уявлення про варіативність психологічних показників у межах вибірки. Респондентам було запропоновано заповнити комплекс валідних психодіагностичних інструментів, які вимірюють рівень генералізованої тривоги, загальної тривожності, показники алекситимії, тілесної усвідомленості та вираженості соматичних скарг. Усі методики були подані у стандартизованому форматі із збереженням первинних інструкцій, що гарантувало дотримання наукових вимог щодо об'єктивності та надійності отриманих даних.

Процес збору інформації відбувався індивідуально, у добровільному порядку, без часових обмежень, що дозволило респондентам надавати більш зважені та автентичні відповіді. Отримані результати автоматично фіксувалися в електронній базі для подальшої статистичної обробки. Застосування онлайн-методів збору даних дало змогу уникнути впливу зовнішніх чинників, пов'язаних із безпосередньою взаємодією дослідника та учасника, що підвищило рівень об'єктивності дослідження.

### ***Етап III. Етап математико-статистичної обробки даних***

Після завершення збору первинних даних здійснювалося їх упорядкування, кодування та підготовка до аналізу з метою виявлення основних закономірностей у взаємозв'язках між тривожністю, алекситимією та соматичним фокусом особистості. Статистичний аналіз виступив ключовим етапом дослідження, оскільки дозволив перевести

якісні спостереження у кількісні показники, що забезпечує обґрунтованість висновків і можливість перевірки висунутих гіпотез.

Математико–статистична обробка результатів включала в себе кілька послідовних процедур, спрямованих на комплексне вивчення досліджуваних змінних. На початковому етапі було проведено описовий аналіз, який дозволив охарактеризувати вибірку за основними параметрами, зокрема визначити середні значення, стандартні відхилення, варіативність показників і загальну тенденцію їх розподілу. Це дало змогу сформулювати загальне уявлення про рівень вираженості тривожності, алекситимії та соматичних характеристик серед учасників дослідження.

Наступним кроком став кореляційний аналіз, який дав змогу визначити напрям і силу зв'язків між досліджуваними змінними. Завдяки цій процедурі вдалося кількісно оцінити взаємозалежність між рівнем тривожності та показниками алекситимії, а також виявити можливі зв'язки між цими змінними й соматичним фокусом. На основі отриманих коефіцієнтів кореляції стало можливим побудувати емпіричну модель, яка відображає структуру взаємозв'язків між емоційними та тілесними характеристиками особистості.

Для поглибленого аналізу отриманих результатів застосовувався регресійний аналіз, який дозволив оцінити внесок окремих змінних у пояснення варіацій соматичних показників. Зокрема, досліджувалося, якою мірою рівень тривожності та алекситимії може прогнозувати частоту й інтенсивність соматичних скарг. Окрему увагу приділено модераційному аналізу, який дав змогу перевірити гіпотезу про роль соматичного фокусу як чинника, що впливає на силу та напрям зв'язку між тривожністю і соматичними проявами. Використання цієї процедури дозволило простежити опосередковані зв'язки, що підвищило глибину інтерпретації результатів.

Застосування математико–статистичних методів дало можливість перейти від описового рівня аналізу до аналітичного, підтвердити або спростувати теоретичні припущення та забезпечити наукову обґрунтованість висновків. Результати статистичної обробки стали підґрунтям для формування висновків щодо взаємозв'язку тривожності, алекситимії та соматичного фокусу особистості.

#### ***Етап IV. Інтерпретаційно–узагальнювальний етап***

На цьому етапі було здійснено систематизацію та осмислення отриманих результатів у контексті попередньо сформульованих теоретичних положень. Основна увага приділялася аналізу змістових характеристик виявлених закономірностей, їх узгодженню з концептуальними уявленнями про емоційно–соматичну регуляцію та психологічні механізми соматичного фокусу.

Під час інтерпретації даних розглядалося, у який спосіб показники тривожності та алекситимії взаємодіють між собою і впливають на вираженість тілесних відчуттів та соматичних скарг. Одержані результати дозволили окреслити специфіку зв'язку між емоційною сферою та тілесним самосприйняттям, що дало підстави для глибшого розуміння природи соматичного фокусу як психологічного феномену. Особливу увагу приділено виявленню опосередкованої ролі соматичного фокусу у взаємодії між тривожністю та соматичними проявами, що підтвердило його значення як медіатора між емоційними і фізіологічними процесами.

На підставі проведеної інтерпретації сформульовано узагальнені висновки, що розкривають роль тривожності та алекситимії у формуванні соматичного фокусу особистості. Змістовний аналіз результатів дозволив визначити, що підвищений рівень тривожності у поєднанні з труднощами емоційної ідентифікації та вербалізації емоційних станів зумовлює посилення тілесної чутливості та схильність до соматизації переживань.

Узагальнення результатів цього етапу надало можливість окреслити перспективні напрями подальших наукових досліджень. Зокрема, результати відкрили можливість для більш глибокого вивчення механізмів тілесно–емоційної взаємодії, а також для практичного застосування отриманих знань у сфері психопрофілактики та психотерапії психосоматичних проявів.

Отже, розроблений дизайн дослідження поєднав теоретичний аналіз, емпіричне вимірювання та статистичне узагальнення результатів, що забезпечило комплексність і наукову достовірність роботи. Використання послідовної логіки – від теоретичного осмислення проблеми до кількісного аналізу даних – дало можливість об'єктивно дослідити зв'язок тривожності, алекситимії та соматичного фокусу, а також виявити психологічні механізми, які лежать в основі психосоматичних проявів особистості.

### **2.1.1. Емпірична модель дослідження**

Сучасні емпіричні дослідження, присвячені взаємозв'язку тривожності, алекситимії та соматичних проявів, здебільшого застосовують крос-секційні кількісні дизайни, у межах яких використовуються стандартизовані опитувальники та кореляційно-регресійні моделі. Методологічні підходи різних авторів демонструють спільну тенденцію до вивчення емоційних і тілесних проявів як взаємопов'язаних рівнів психоемоційної регуляції, де алекситимія виконує роль посередника між емоційною напругою та тілесними реакціями. У більшості робіт модераційні моделі застосовуються для виявлення умов, за яких тривога переходить у тілесні скарги. Такий підхід є релевантним для даного дослідження, оскільки дозволяє виявити механізми формування соматичного фокусу особистості. В даному дослідженні ми зосереджуємося на алекситимії як можливого модераторі між феноменами тривожності та соматизації.

У рамках побудови концепції дослідження було виділено декілька груп змінних, серед яких показники генералізованої та загальної тривожності, алекситимії, тілесної усвідомленості, реактивності автономної нервової системи та соматичних скарг. Було підбрано психодіагностичний інструментарій для кількісного аналізу наведених параметрів, обґрунтування якого буде докладно висвітлено у розділі 2.2.

Концепція дослідження ґрунтується на припущенні, що саме алекситимія визначає, яким чином тривога відображається у тілесній сфері. За умов високої алекситимії знижена здатність до емоційної ідентифікації та вербалізації сприяє переходу емоційної напруги у тілесні відчуття, що підсилює тілесну реактивність і веде до соматичного фокусу. Відповідно, алекситимія розглядається як чинник, що змінює силу зв'язку між тривожністю та тілесними проявами. Для емпіричної перевірки цього припущення була побудована модераційна модель, у якій алекситимія виконує роль модератора взаємозв'язку між тривогою та тілесною усвідомленістю. Додатково було перевірено модель, у якій роль модератора виконували соматичні скарги, а алекситимія виступала незалежною змінною, що впливає на рівень загальної тривожності.

В цілому емпірична модель була побудована з застосуванням декількох послідовних статистичних підходів. Спершу було проаналізовано двовимірні зв'язки між тривожністю, алекситимією, тілесною усвідомленістю та соматичними скаргами за допомогою кореляційного аналізу, що дало змогу визначити базову структуру асоціацій. Потім було проаналізовано групові відмінності у тривожних і соматичних показниках залежно від рівня алекситимії з використанням дисперсійного аналізу. Це дозволило розглядати алекситимію як важливий фактор варіабельності тілесних проявів. Далі була побудована регресійна модель, у якій алекситимія розглядалася як залежна змінна, а тривожність та тілесні показники -- як її предиктори. Це дозволило виявити внесок кожного з

факторів у пояснення емоційної неусвідомленості. І вже наприкінці, для перевірки головної гіпотези, було проведено два модераційні аналізи, які дали змогу дослідити роль тілесних та соматичних механізмів у взаємодії емоційних процесів. Перший модераційний аналіз перевіряв гіпотезу про те, що алекситимія змінює силу та напрям зв'язку між тривожністю і тілесною усвідомленістю. Він включав в себе окремі аналізи для показників генералізованої та загальної тривоги, а також оцінку зв'язків у підгрупах із низьким, середнім і високим рівнем алекситимії. Другий модераційний аналіз був спрямований на перевірку ролі соматичних скарг як модератора зв'язку між алекситимією та загальною тривогою. Отримані результати не виявили значущої модерації, а отже соматичні скарги не змінюють силу зв'язку між алекситимією та тривогою.

Отже, побудована емпірична модель забезпечила можливість комплексного дослідження ролі алекситимії та соматичного фокусу у структурі зв'язку між тривожністю та соматичними проявами. Вона підтвердила, що тілесні механізми, зокрема тілесна усвідомленість, реактивність автономної нервової системи та соматичні скарги, відіграють центральну роль у трансформації емоційної напруги у соматичний досвід.

## **2.2. Обґрунтування методик дослідження**

Для забезпечення надійності та валідності емпіричного дослідження було використано комплекс стандартизованих психодіагностичних методик, спрямованих на вимір основних змінних – рівня тривожності, алекситимії, соматичного фокусу та соматичних скарг. Обрані методики дають змогу всебічно оцінити ключові психологічні конструкти, покладені в основу дослідницької моделі. Усі використані інструменти мають доведену внутрішню узгодженість, високі показники надійності та мають є офіційно адаптовані українською мовою. Їх застосування у комплексі

забезпечує можливість повноцінної реалізації концептуальної моделі дослідження.

Далі подано обґрунтування вибору кожної методики, її теоретичну основу, структурні характеристики та особливості інтерпретації результатів (див. табл. 2.2).

Таблиця 2.2

### Перелік методик дослідження

№	Назва інструменту	Код	Шкали
1	«Шкала генералізованої тривоги»	GAD-7	Генералізована тривога
2	«Шкала тривоги Бека»	BAI	Загальна тривога
3	«Торонтський опитувальник алекситимії»	TAS-20	Труднощі з ідентифікацією почуттів Труднощі з описом почуттів Зовнішньоорієнтоване мислення Алекситимія
4	«Опитувальник тілесних відчуттів»	BPQ-SF	Тілесна усвідомленість Реактивність автономної системи над діафрагмою Реактивність автономної системи під діафрагмою
5	«Опитувальник здоров'я пацієнта»	PHQ-15	Оцінка наявності та тяжкості соматичних симптомів

#### ***Опис методики №1 «Шкала генералізованої тривоги» (GAD-7) (Алексіна & et al., 2024)***

Один із найпоширеніших скринінгових інструментів для оцінки рівня генералізованої тривожності, розроблений Р. Спітцером, К. Кронке, Дж. Вільямсом і Б. Льове на основі критеріїв DSM-IV. Вона входить до комплексу «Patient Health Questionnaire» (PHQ), що забезпечує її стандартизоване застосування в клінічній і дослідницькій практиці. Теоретичною основою створення GAD-7 стало уявлення про тривогу як

адаптивну емоцію, яка при надмірній інтенсивності переходить у патологічний стан і порушує функціонування організму. (Алексіна & et al., 2024)

Опитувальник містить сім пунктів, що охоплюють когнітивні та соматичні прояви тривоги (надмірне хвилювання, напруження, труднощі концентрації, порушення сну тощо), а також додаткове питання про вплив цих симптомів на повсякденне життя. Респондент оцінює частоту симптомів за останні два тижні за чотирибальною шкалою (0–3). Сумарний бал (0–21) відображає рівень тривоги: 0–4 – мінімальний, 5–9 – легкий, 10–14 – помірний, 15–21 – виражений. Порогове значення  $\geq 10$  балів свідчить про клінічно значущий рівень тривоги (чутливість – 89%, специфічність – 82%).

GAD–7 характеризується високою надійністю ( $\alpha=0.92$ ) і ретестовою стабільністю ( $r=0.82$ ), має одновимірну факторну структуру та сильні кореляції з іншими шкалами тривожності. Методика підтвердила високу психометричну якість ( $\alpha=0.90$ ,  $r=0.72$ ) і включена до переліку валідних методик МОЗ України (наказ № 2118 від 13.12.2023).

Застосування GAD–7 у цьому дослідженні обґрунтоване тим, що методика дозволяє кількісно оцінити рівень генералізованої тривоги як емоційно–когнітивного стану, пов'язаного з алекситимією та соматичними скаргами. Це дає змогу визначити інтенсивність тривоги, порівняти групи за рівнем алекситимії та оцінити роль соматичного фокусу у вираженні тілесних проявів тривожності. Висока психометрична якість і економічність роблять GAD–7 оптимальним інструментом для вивчення взаємозв'язків між емоційними, когнітивними та соматичними компонентами психічного стану.

### ***Опис методики №2 «Шкала тривоги Бека» (BAI) (УіКІПТ, 2017)***

Розроблена А. Т. Беком і колегами у 1988 році в межах когнітивної парадигми, є одним із провідних психометричних інструментів для

оцінювання рівня тривожності. Її створено для диференційної діагностики тривожних і депресивних станів, зокрема для розмежування соматичних симптомів тривоги від афективних ознак депресії. ВАІ вимірює вираженість тривожності у двох компонентах – когнітивному (страхи, відчуття загрози, занепокоєння) та соматичному (вегетативні реакції, тілесне напруження, порушення дихання, серцебиття тощо) (УіКПТ, 2017).

Опитувальник містить 21 пункт, що відображає фізіологічні та психологічні симптоми – від оніміння та тремтіння до страху смерті. Респондент оцінює, наскільки кожен симптом турбував його протягом останнього тижня за чотирибальною шкалою (0–3). Сумарний бал (0–63) інтерпретується так: 0–5 – мінімальний рівень тривоги, 6–8 – легкий, 9–18 – середній, понад 19 – високий.

ВАІ ґрунтується на когнітивно–біхевіоральному підході, який трактує тривогу як наслідок надмірної оцінки небезпеки та тілесних відчуттів. Її акцент на соматичних проявах робить методику цінним інструментом для дослідження психосоматичних взаємозв'язків, зокрема у вивченні ролі алекситимії у посиленні соматизації тривоги. Шкала має високі психометричні показники: внутрішня узгодженість  $\alpha=0.92$ , ретестова надійність  $r=0.75$ ; підтверджена двофакторна структура відображає когнітивну й соматичну складові тривожності.

ВАІ широко застосовується в клінічній, психотерапевтичній та дослідницькій практиці для оцінки тривожності при генералізованих і панічних розладах, ПТСР, а також у неклінічних вибірках. Валідність шкали підтверджена численними дослідженнями, включно з україномовними адаптаціями. У цьому дослідженні ВАІ використовується для оцінки загального рівня тривожності та її когнітивно–соматичних компонентів, що дає змогу порівняти їх із показниками алекситимії та тілесного фокусу та виявити психосоматичні зв'язки в емоційній регуляції.

*Опис методики №3 «Торонтський опитувальник алекситимії» (TAS–20) (Василець & et al., 2023)*

Найпоширеніший інструмент для вимірювання рівня алекситимії, тобто труднощів в усвідомленні, ідентифікації та вербалізації власних емоцій. Термін «алекситимія» введено П. Сіфнеосом для опису когнітивно–афективних особливостей пацієнтів із психосоматичними розладами, які характеризуються труднощами розпізнавання почуттів, їх диференціації від тілесних відчуттів та конкретним стилем мислення. TAS–20 ґрунтується на уявленні про алекситимію як стабільну особистісну рису, що впливає на емоційну регуляцію та пов'язана з психосоматичною симптоматикою.

Опитувальник було Розроблено Гремом Дж. Тейлором у 1985 році, а у 1992 році модифіковано і адаптовано багатьма мовами світу (Василець & et al., 2023). Він містить 20 тверджень, які оцінюються за п'ятибальною шкалою Лайкерта. Він має три підшкали: DIF – труднощі з ідентифікацією почуттів, DDF – труднощі з описом почуттів, EOT – зовнішньоорієнтоване мислення. Ця трикомпонентна структура підтверджена численними дослідженнями. Загальний бал коливається від 20 до 100:  $\leq 51$  – низький рівень, 52–60 – межовий,  $\geq 61$  – високий, що вказує на виражену алекситимічну тенденцію.

TAS–20 має високі психометричні властивості: внутрішня узгодженість  $\alpha=0,75–0,83$ , підшкали – 0,66–0,78. Українська адаптація, виконана у ВНМУ ім. Пирогова, підтвердила її валідність ( $\alpha=0,70$ , ICC=0,996,  $p<0,05$ ) та стабільність результатів. Шкала чутлива до відмінностей між клінічними та неклінічними вибірками, що підтверджує її діагностичну цінність.

TAS–20 визнана «золотим стандартом» діагностики алекситимії завдяки концептуальній чіткості, компактності та валідності. Її використання у цьому дослідженні дозволяє визначити особливості емоційної регуляції, які впливають на сприйняття тілесних відчуттів і

соматичний фокус, а також виявити внутрішньоособистісні фактори, що посилюють зв'язок між тривожністю та соматичними проявами. Таким чином, TAS-20 забезпечує глибоке розуміння ролі емоційної нерозвиненості у формуванні тривожних і психосоматичних симптомів.

***Опис методики №4 «Опитувальник тілесних відчуттів» (BPQ-SF) (Денісієвська, 2020)***

Розроблений С. Порджесом, є сучасним психометричним інструментом для оцінки тілесної усвідомленості та реактивності автономної нервової системи. Він ґрунтується на полівагальній теорії, яка пояснює взаємозв'язок соматичних, емоційних і когнітивних процесів через фізіологічну регуляцію організму. Центральним положенням є те, що сприйняття тілесних сигналів (серцебиття, дихання, м'язова напруга тощо) відіграє ключову роль в емоційній регуляції та психосоматичному функціонуванні. (Денісієвська, 2020)

BPQ-SF містить два розділи. Перший – «Тілесна усвідомленість» – охоплює 26 тверджень щодо частоти й інтенсивності сприйняття внутрішніх відчуттів, які оцінюються за п'ятибальною шкалою (1–5). Другий – «Реактивність автономної нервової системи» – включає 20 пунктів і дозволяє оцінити реактивність систем над діафрагмою (15–75 балів), під діафрагмою (6–30 балів) та загальну реактивність (20–100 балів).

Опитувальник має високу психометричну надійність: внутрішня узгодженість  $\alpha=0,85-0,92$ , підтверджену в міжнародних вибірках та українській адаптації (А. Денісієвська). Збереження факторної структури й інваріантності забезпечує його чутливість до міжіндивідуальних відмінностей тілесної чутливості. BPQ-SF тісно пов'язаний із поняттям соматичного фокусу – схильністю зосереджувати увагу на тілесних сигналах і трактувати їх як ознаки дискомфорту чи хвороби, що часто посилюється за умов тривожності та високої алекситимії.

У цьому дослідженні BPQ–SF використовується для кількісної оцінки соматичного фокусу як посередника між рівнем тривожності та соматичними проявами. Він дозволяє визначити інтенсивність фіксації на тілесних реакціях, їх вплив на сприйняття тривоги й соматичних симптомів і оцінити тілесно–емоційні механізми психосоматичних процесів. Завдяки теоретичному підґрунтю та високій валідності BPQ–SF є ключовим інструментом для дослідження тілесної усвідомленості та автономної реактивності в психологічному аналізі.

***Опис методики №5 «Опитувальник здоров'я пацієнта» (PHQ–15) (МОЗУ, 2014)***

Стандартизований інструмент для кількісної оцінки соматичних симптомів і тілесних скарг. Він є частиною системи PHQ («Prime–MD»), створеної для скринінгу психічних розладів у загальній практиці. PHQ–15 містить 15 пунктів, що охоплюють поширені соматичні симптоми без чіткої органічної причини (біль у спині, шлунково–кишковий дискомфорт, серцебиття, запаморочення, утруднене дихання тощо). Респонденти оцінюють частоту симптомів за останній місяць за трирівневою шкалою, а підсумковий бал визначає рівень соматизації: низький, помірний або високий. (МОЗУ, 2014)

PHQ–15 ефективний як скринінговий інструмент для виявлення соматоформних розладів і психологічно зумовлених тілесних скарг у клінічних і неклінічних вибірках. Його застосування рекомендоване МОЗ України у випадках, коли депресивні та тривожні розлади проявляються соматично. Методика має високу надійність ( $\alpha=0,80–0,86$ ) і валідність, підтверджену численними дослідженнями.

PHQ–15 відображає сучасні уявлення про психосоматичну інтеграцію – взаємозв'язок емоційних, когнітивних і фізіологічних процесів. Підвищені показники свідчать про рівень уваги до тілесних сигналів, що узгоджується з концепцією соматичного фокусу, що дозволяє розглядати

соматизацію як результат взаємодії тривоги, емоційної напруги та алекситимії.

У цьому дослідженні PHQ-15 застосовується для кількісного вимірювання соматичних проявів, пов'язаних із психоемоційними процесами. У поєднанні з BAI, TAS-20, BPQ-SF та GAD-7 він забезпечує цілісне уявлення про соматичний компонент тривожних і психосоматичних розладів. Простота, стандартизованість і доказова валідність роблять PHQ-15 оптимальним інструментом для вивчення соматизації як ключового прояву психоемоційної дизрегуляції.

У підсумку можна сказати, що добір психодіагностичних інструментів у дослідженні базується на принципі комплексності та взаємодоповнюваності. GAD-7 і BAI забезпечують оцінку емоційно-когнітивного аспекту тривожності, TAS-20 – вимір особистісних особливостей емоційної регуляції, BPQ-SF – визначення тілесного фокусу, а PHQ-15 – виявлення соматичних скарг як поведінкових проявів психоемоційних процесів. Така комбінація методик дозволяє всебічно дослідити зв'язок між тривожністю, алекситимією та соматичними феноменами в контексті інтегративного підходу до особистості.

### **2.3. Характеристика вибірки**

У ході аналізу вибірки було встановлено, що дослідження охопило 133 респонденти, які відрізнялися за статевими, віковими, освітніми та професійними характеристиками.

Статевий склад вибірки свідчить про значну перевагу жінок серед учасників дослідження (див. табл. 2.3). У дослідженні взяли участь 116 жінок, що становить 87,2% загальної вибірки, тоді як чоловіків було лише 17 осіб, або 12,8%.

### Статевий розподіл вибірки

Змінна	Кількість	Відсоткова частота
Жінки	116	87,2%
Чоловіки	17	12,8%
Всього	133	100%

Вікова характеристика вибірки показує, що більшість респондентів належать до групи зрілого віку (див. табл. 2.4).

Таблиця 2.4

### Вікова характеристика вибірки

Змінна	Кількість	Відсоткова частота
18–20 років	2	1,5%
21–35 років	45	33,8%
36–60 років	69	51,9%
61+ років	17	12,8%

Найчисленнішою є група віком від 36 до 60 років, до якої увійшли 69 осіб, що становить 51,9% вибірки. Другою за чисельністю виявилася група віком від 21 до 35 років, яка об'єднала 45 респондентів, або 33,8%. Осіб віком понад 60 років було 17 (12,8%), тоді як наймолодша категорія, тобто учасники віком 18–20 років, становила лише 1,5% (2 особи).

Освітній рівень учасників демонструє високий загальний рівень освіченості вибірки (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5

### Освітній рівень вибірки

Змінна	Кількість	Відсоткова частота
Середня	2	1,5%
Середня спеціальна	15	11,3%
Незакінчена вища	16	12%
Вища	92	69,2%
Післядипломна	8	6%

Найбільшу частку становлять респонденти з вищою освітою – 92 особи, що відповідає 69,2% від загальної кількості учасників. Незакінчену вищу освіту мали 16 осіб (12%), а середню спеціальну – 15 респондентів (11,3%). Осіб із післядипломною освітою було 8 (6%), тоді як лише 2 учасники мали повну середню освіту (1,5%).

Професійна зайнятість учасників вказує на різноманітність соціального статусу респондентів (див. табл. 2.6).

Таблиця 2.6

### Зайнятість вибірки

Змінна	Кількість	Відсоткова частота
Тимчасово не працюють	12	9%
Студенти на навчанні	21	15,8%
Працюють	78	58,6%
На пенсії	15	11,3%
Інше	7	5,3%

Переважає більшість учасників – 78 осіб (58,6%) – на момент дослідження були працевлаштовані, що свідчить про домінування активної частини населення у вибірці. Студентів, які перебували на етапі навчання, було 21 (15,8%), тоді як тимчасово не працювали 12 осіб (9%).

До групи пенсіонерів належали 15 респондентів (11,3%), а категорія «інше», що включала осіб із нестандартними або гнучкими формами зайнятості, становила 5,3% (7 осіб). Такий розподіл демонструє соціальну різноманітність вибірки, що забезпечує більш широкий спектр життєвих і психологічних досвідів, необхідних для дослідження впливу емоційних факторів на соматичні прояви.

Узагальнюючи результати аналізу вибірки, можна зазначити, що дослідження охопило соціально різнорідну групу респондентів із переважанням жінок середнього віку, які мають вищу освіту та стабільну професійну зайнятість. Вибірка є достатньо збалансованою для реалізації поставленої мети дослідження, оскільки дозволяє вивчати психологічні

взаємозв'язки між тривожністю, алекситимією та соматичним фокусом особистості у контексті повсякденного функціонування дорослої людини.

## **Висновки до розділу 2**

1. Розроблений дизайн дослідження передбачав послідовне проходження чотирьох етапів – теоретико–аналітичного, організаційно–емпіричного, математико–статистичного та інтерпретаційно–узагальнювального. Така структура забезпечила логічну послідовність дослідницького процесу та комплексний підхід до вивчення поставленої проблеми.

2. На теоретико–аналітичному етапі здійснено глибокий аналіз наукових джерел, присвячених проблематиці тривожності, алекситимії та соматичного фокусу особистості. Це дало змогу окреслити основні наукові підходи до розуміння взаємозв'язку між емоційними та тілесними проявами, сформулювати дослідницькі гіпотези та визначити методологічну основу емпіричного етапу.

3. Організаційно–емпіричний етап був реалізований у форматі онлайн–опитування за допомогою платформи Google Forms, що забезпечило зручність, анонімність і стандартизацію процедури збору даних. До участі було залучено 133 респонденти різного віку, статі, рівня освіти та соціального статусу, що надало вибірці репрезентативності та забезпечило різноманітність психологічних характеристик. Така вибірка дозволила дослідити зв'язок між емоційними та соматичними показниками в умовах різного життєвого досвіду й соціального контексту.

4. Для досягнення мети дослідження було використано комплекс стандартизованих психодіагностичних методик, які доповнюють одна одну за змістом і діагностичними цілями. Зокрема, «Шкала генералізованої тривоги» (GAD–7) і «Шкала тривоги Бека» (BAI) застосовувалися для оцінки інтенсивності тривожності та її когнітивно–соматичних

компонентів. «Торонтський опитувальник алекситимії» (TAS–20) використовувався для визначення рівня труднощів в усвідомленні й вербалізації емоцій. «Опитувальник тілесних відчуттів» (BPC–SF) дозволив оцінити тілесну усвідомленість і реактивність автономної нервової системи як показників соматичного фокусу, тоді як «Опитувальник здоров'я пацієнта» (PHQ–15) був спрямований на виявлення частоти та вираженості соматичних скарг. Добір цих інструментів був обґрунтований їх високими психометричними характеристиками, валідністю, міжнародним визнанням і здатністю відображати ключові змінні дослідження.

5. На етапі математико–статистичної обробки здійснювався кількісний аналіз результатів із використанням методів описової, дисперсійної, кореляційної, регресійної та модераційної статистики. Такий підхід дав змогу виявити опосередковані зв'язки між показниками тривожності, алекситимії та соматичного фокусу, що забезпечило емпіричну перевірку висунутих гіпотез і підвищило наукову обґрунтованість висновків.

6. Інтерпретаційно–узагальнювальний етап передбачав змістовний аналіз отриманих результатів у контексті сучасних теоретичних уявлень про емоційно–соматичну регуляцію. Узагальнення даних дозволило зробити висновок, що взаємодія тривожності та алекситимії відіграє ключову роль у формуванні соматичного фокусу особистості, який виступає медіатором між емоційними переживаннями та тілесними проявами.

7. Отже, методичне забезпечення дослідження побудовано на принципах комплексності, надійності та наукової верифікованості. Поєднання теоретичного аналізу, емпіричних методів збору даних і статистичних процедур дозволило отримати цілісне уявлення про взаємозв'язок тривожності, алекситимії та соматичного фокусу особистості.

## РОЗДІЛ 3

### АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ТРИВОЖНОСТІ ТА АЛЕКСИТИМІЇ У КОНТЕКСТІ СОМАТИЧНОГО ФОКУСУ ОСОБИСТОСТІ

#### 3.1. Загальний огляд результатів дослідження

У ході аналізу результатів, отриманих за методикою «Шкала генералізованої тривоги» (GAD-7), було встановлено, що середні показники тривожності в досліджуваній вибірці перебувають у межах помірного рівня вираженості (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

#### Результати методики «Шкала генералізованої тривоги» (GAD-7)

Шкала	Медіана	Середнє	Стандартне відхилення	Мін	Макс
Генералізована тривога	8	8,31	4,19	0	19

Середнє значення склало 8,31 бала, а медіана дорівнює 8, що свідчить про відносну симетричність розподілу результатів і відсутність різких відхилень. Значення стандартного відхилення 4,19 вказує на помірну варіативність індивідуальних результатів, тобто рівень тривожності в різних учасників може коливатись, однак без надмірної розбіжності. Мінімальний показник становив 0 балів, що вказує на наявність осіб без ознак генералізованої тривоги, тоді як максимальний показник 19 свідчить про окремі випадки значної тривожності, яка наближається до клінічного рівня. Отримані дані демонструють, що у вибірці присутня як група з низьким рівнем тривожності, так і підгрупа з вираженими симптомами, що створює сприятливі умови для подальшого аналізу взаємозв'язку між тривожністю, алекситимією та соматичними проявами.

Поглиблений розгляд частотного розподілу рівнів генералізованої тривоги показав, що більшість досліджуваних продемонстрували легкий рівень тривожності, який спостерігається у 45,1% вибірки (див. табл. 3.2).

Таблиця 3.2

### Рівень прояву генералізованої тривоги

Рівень	Кількість	Відсоткова частота
Без симптомів	27	20,3%
Легкий рівень	60	45,1%
Помірний рівень	32	24,1%
Клінічно значимі симптоми	14	10,5%

Помірний рівень тривожності виявлено у 24,1% учасників, що свідчить про більш виражену емоційну напруженість і схильність до частих переживань. Варто зазначити, що у 10,5% осіб спостерігаються клінічно значимі симптоми, які можуть свідчити про потребу у психологічній або психотерапевтичній підтримці.

Безсимптомний рівень генералізованої тривоги виявлено у 20,3% опитаних, що свідчить про наявність частини респондентів зі збереженим емоційним балансом і низьким рівнем тривожних тенденцій. Загалом отримані дані дають підстави говорити про поширеність легких і помірних проявів тривожності серед вибірки, що може бути зумовлено впливом соціальних, особистісних і психофізіологічних чинників.

У ході аналізу результатів, отриманих за методикою «Шкала тривоги Бека» (BAI), було встановлено, що середній показник загальної тривоги у вибірці становить 16,02 бала, що відповідає середньому рівню тривожності (див. табл. 3.3).

Таблиця 3.3

### Результати методики «Шкала тривоги Бека» (BAI)

Шкала	Медіана	Середнє	Стандартне відхилення	Мін	Макс
Загальна тривога	14	16	10,6	0	47

Медіана, яка дорівнює 14, свідчить про певну симетричність розподілу даних і підтверджує, що більшість учасників мають помірну вираженість тривожних симптомів. Значення стандартного відхилення 10,6 вказує на суттєву варіативність показників, тобто рівень тривоги між окремими респондентами відрізняється досить помітно. Мінімальний результат становить 0 балів, що демонструє наявність осіб без тривожних симптомів, тоді як максимальний показник 47 свідчить про окремі випадки дуже високої тривожності, які можуть мати клінічний характер і потребувати психологічного супроводу. Така широка амплітуда результатів вказує на неоднорідність вибірки та підтверджує важливість вивчення індивідуальних відмінностей у переживанні тривоги, зокрема в контексті її зв'язку з алекситимією та соматичним фокусом. Отримані результати також дозволяють припустити, що емоційна сфера учасників характеризується високим рівнем чутливості до внутрішніх і зовнішніх подразників, що може проявлятися як у психологічних, так і у психосоматичних симптомах.

Детальний аналіз рівнів вираженості загальної тривоги показав, що найбільша частка респондентів має середній рівень тривожності, який спостерігається у 36,1% вибірки (див. табл. 3.4).

Таблиця 3.4

#### Рівень прояву загальної тривоги

Рівень	Кількість	Відсоткова частота
Норма	20	15%
Легкий рівень	18	13,5%
Середній рівень	48	36,1%
Високий рівень	47	35,3%

Майже така сама кількість досліджуваних, а саме 35,3%, демонструє високий рівень тривоги, що вказує на схильність до гіперреактивності, емоційної нестабільності та ймовірне накопичення стресових переживань.

Наявність майже рівних часток осіб із середнім і високим рівнем тривоги дає підстави вважати, що у вибірці переважає тенденція до підвищеного емоційного напруження, яке може впливати на загальний психосоматичний стан.

Разом із тим 13,5% респондентів мають легкий рівень тривожності, що свідчить про наявність помірного емоційного контролю, тоді як 15% досліджуваних перебувають у межах норми та характеризуються стабільним емоційним фоном. Таке співвідношення рівнів свідчить про загальну емоційну напруженість вибірки, у якій понад сімдесят відсотків учасників демонструють принаймні помірні прояви тривоги.

У ході аналізу результатів, отриманих за методикою «Торонтський опитувальник алекситимії» (TAS–20), було встановлено, що середні показники за всіма шкалами свідчать про помірний рівень вираженості алекситимічних тенденцій у вибірці (див. табл. 3.5).

Таблиця 3.5

**Результати методики «Торонтський опитувальник алекситимії»  
(TAS–20)**

<b>Шкала</b>	<b>Медіан а</b>	<b>Середнє</b>	<b>Стандартне відхилення</b>	<b>Мін</b>	<b>Мак с</b>
Труднощі з ідентифікацією почуттів	15	15,8	6,19	7	30
Труднощі з описом почуттів	11	11,5	4,21	5	22
Зовнішньоорієнтоване мислення	17	17,3	5,11	8	38
Алекситимія	43	44,6	13	22	87

Середнє значення загального показника алекситимії становить 44,6 бала, при медіані 43, що вказує на збалансований розподіл результатів і відсутність вираженого зміщення в бік надмірно високих чи низьких значень. Такий результат говорить про те, що в вибірці переважають низькі і середні рівні алекситимії. Значення стандартного відхилення 13

демонструє помірну варіативність відповідей, тобто учасники відрізняються між собою за здатністю усвідомлювати й вербалізувати власні емоції, проте без різких контрастів. Мінімальний показник 22 свідчить про наявність респондентів із добре розвиненою емоційною рефлексією, тоді як максимальне значення 87 вказує на окремих осіб з вираженими труднощами у розумінні власних почуттів та схильністю до раціонального, емоційно дистанційованого мислення.

Розгляд окремих субшкал TAS–20 дозволяє детальніше описати структуру алекситимії у вибірці. За шкалою «Труднощі з ідентифікацією почуттів» середній показник становить 15,8 бала при медіані 15, що свідчить про певну схильність досліджуваних до плутанини між емоційними та тілесними станами. Це може проявлятися у труднощах із точним розпізнаванням власних емоцій і схильністю інтерпретувати внутрішнє напруження як фізичний дискомфорт. Показник за шкалою «Труднощі з описом почуттів» дорівнює 11,5 бала, що свідчить про легкі та помірні складнощі у вербалізації власних емоційних станів у досліджуваних. Тобто, деякі респонденти можуть мати труднощі з передачею своїх переживань словами, що ускладнює емоційну комунікацію та може знижувати ефективність міжособистісної взаємодії. Найвищий середній бал зафіксовано за шкалою «Зовнішньоорієнтоване мислення» – 17,3, що відображає помірно виражену орієнтацію учасників на конкретно–побутові або зовнішні аспекти життя замість внутрішньої рефлексії. Такий когнітивний стиль часто асоціюється з низьким рівнем емоційної самосвідомості та схильністю до соматизації емоційних переживань, однак його вираженість в даній вибірці не є високою. Сукупно ці результати свідчать про те, що у вибірці простежується тенденція до помірно вираженої алекситимії, де незначні труднощі з емоційною ідентифікацією та описом почуттів поєднуються з помірно вираженою орієнтацією на зовнішній, а не внутрішній світ.

Додатковий аналіз рівнів прояву алекситимії показав, що більшість учасників мають низький або середній рівень, тоді як значна частина респондентів демонструє високі показники (див. табл. 3.6).

Таблиця 3.6

### Рівень прояву алекситимії

Рівень	Кількість	Відсоткова частота
Низький рівень	46	72,2%
Середній рівень	47	13,5%
Високий рівень	40	14,3%

Середній рівень алекситимії зафіксовано у 13,5% респондентів, які характеризуються вибірковими труднощами в емоційній сфері. У таких осіб окремі аспекти емоційної ідентифікації чи опису почуттів можуть ускладнюватися під впливом стресових факторів або ситуацій емоційного перевантаження.

Високий рівень алекситимії виявлено у 14,3% опитаних, що свідчить про виражену емоційну неусвідомленість, труднощі у розпізнаванні й вербалізації переживань та схильність до соматичних інтерпретацій внутрішнього напруження. Подібний рівень може бути пов'язаний із підвищеною вразливістю до психосоматичних реакцій та складнощами в емоційній регуляції.

Сукупний розподіл рівнів алекситимії демонструє, що хоча більшість респондентів не мають значущих порушень у сфері емоційної обробки, майже третина вибірки все ж проявляє ознаки різного ступеня емоційної неусвідомленості, що може впливати на переживання тривоги та тілесних симптомів.

У ході аналізу результатів, отриманих за методикою «Опитувальник тілесних відчуттів» (BPQ–SF), було встановлено, що показники тілесної усвідомленості та реактивності автономної нервової системи мають значну

варіативність, що свідчить про індивідуальні відмінності у сприйнятті й регуляції тілесних сигналів серед досліджуваних (див табл. 3.7).

Таблиця 3.7

**Результати методики «Опитувальник тілесних відчуттів» (BPQ–SF)**

<b>Шкала</b>	<b>Медіана</b>	<b>Середнє</b>	<b>Стандартне відхилення</b>	<b>Мін</b>	<b>Макс</b>
Тілесна усвідомленість	60	62,8	17,1	30	128
Реактивність автономної системи над діафрагмою	22	23,7	7,03	14	54
Реактивність автономної системи під діафрагмою	10	10,5	3,13	6	19
Загальна реактивність автономної системи	34	35	9,42	20	71
Загальний показник тілесних відчуттів	96	97,8	23,7	50	167

Середнє значення тілесної усвідомленості становить 62,8 бала при медіані 60, що свідчить про виражену тенденцію респондентів до активного спостереження за власними тілесними станами та регулярного зчитування внутрішніх фізіологічних сигналів. Значення стандартного відхилення, яке становить 17,1, вказує на помірну варіативність у межах вибірки, тобто одні учасники проявляють схильність до гіперфокусування на тілесних відчуттях, тоді як інші характеризуються більш помірним та збалансованим рівнем тілесної чутливості. Мінімальне значення 30 балів свідчить про наявність осіб з відносно низькою тілесною усвідомленістю, а максимальне значення 128 демонструє крайні випадки надмірної сенситивності, що може вказувати на схильність до соматизації або підвищену тривожність, пов'язану з тілесними проявами. Згідно з відповідями на запитання опитувальників, різні учасники демонстрували підвищену увагу до різних тілесних процесів, таких як підвищене серцебиття, напруга в різних ділянках тіла тощо.

Показники реактивності автономної системи над і під діафрагмою також виявили цікаві закономірності. Середнє значення реактивності над діафрагмою становить 23,7 бала при медіані 22, що підкреслює достатньо високий рівень реагування учасників на зміни у верхній частині тіла, пов'язаних із серцево-дихальною діяльністю, напруженням м'язів обличчя чи верхньої частини тулуба. Стандартне відхилення 7,03 свідчить про суттєву індивідуальну варіативність, тобто серед респондентів спостерігається різний ступінь фізіологічної чутливості, та є окремі особи які мають гостро виражене реагування на внутрішні сигнали. Для шкали реактивності під діафрагмою середній показник становить 10,5 бала при медіані 10, що вказує на нижчий рівень чутливості до процесів у нижній частині тіла, пов'язаних із роботою травної та сечостатевої системи. Стандартне відхилення 3,13 вказує на незначні коливання показників у межах вибірки, що дозволяє припустити певну стабільність реактивності цих фізіологічних систем у більшості учасників. Мінімальні та максимальні значення (6–19 балів) підтверджують, що значних крайніх проявів реактивності у нижній частині тіла у вибірці не спостерігається.

Загальна реактивність автономної нервової системи характеризується середнім значенням 35 балів при медіані 34, що свідчить про помірний, але досить стабільний рівень фізіологічної чутливості, інтегрований з урахуванням показників над і під діафрагмою. Стандартне відхилення 9,42 вказує на те, що реактивність має індивідуально варіативний характер: деякі учасники демонструють вищу загальну відповідність організму на внутрішні та зовнішні стимули, тоді як інші мають більш врівноважені або знижені реакції.

Загальний показник тілесних відчуттів має середнє значення 97,8 бала при медіані 96, що свідчить про достатньо високий рівень інтегрованої тілесної сенситивності у вибірці. Стандартне відхилення 23,7 відображає значні індивідуальні коливання: окремі учасники характеризуються

мінімальним рівнем чутливості до тілесних сигналів, тоді як інші демонструють виражену тілесну насиченість, що може мати як адаптивні, так і дезадаптивні наслідки, залежно від емоційно-когнітивного контексту та способів інтерпретації цих сигналів. Мінімальні та максимальні показники (50–167) підтверджують широкий спектр тілесної сприйнятливості, притаманної різним учасникам дослідження.

У більшості досліджуваних тілесна усвідомленість проявляється на помірному або підвищеному рівні, що відображає загальну тенденцію до активного сприйняття внутрішніх фізіологічних сигналів і підвищеної уваги до тілесних процесів. Подібна вираженість тілесної чутливості може свідчити як про добре сформовану інтероцептивну обізнаність, так і про схильність до посиленої фіксації на тілесних відчуттях. Показники реактивності автономної нервової системи демонструють значну індивідуальну варіативність, за якої частина учасників має збалансовані показники, а інша характеризується або підвищеною або зниженою чутливістю до процесів, локалізованих над і під діафрагмою.

Наявність групи осіб із вираженими показниками тілесної сенситивності та підвищеною реактивністю автономної системи може вказувати на формування соматичного фокусу, за якого емоційні переживання інтенсивно відображаються у тілесній сфері. Це дає підстави припускати, що тілесна усвідомленість і автономна реактивність відіграють роль важливих посередників між емоційними станами та їх соматичними проявами.

У ході аналізу результатів, отриманих за методикою «Опитувальник здоров'я пацієнта» (PHQ–15), було виявлено, що середній показник соматизації у вибірці становить 10,96 бала, що свідчить про переважання помірної схильності до переживання емоційних труднощів через тілесні скарги серед досліджуваних (див. табл. 3.9).

Таблиця 3.9

**Результати методики «Опитувальник здоров'я пацієнта» (PHQ-15)**

<b>Шкала</b>	<b>Медіана</b>	<b>Середнє</b>	<b>Стандартне відхилення</b>	<b>Мін</b>	<b>Макс</b>
Соматичні скарги	11	11	5,04	0	27

Медіана, яка дорівнює 11, підтверджує відносну симетричність розподілу результатів і свідчить про те, що більшість респондентів мають близькі значення до середнього рівня прояву симптомів. Значення стандартного відхилення 5,04 вказує на помірну варіативність результатів, тобто у вибірці спостерігається певна різномірність у рівні соматичних проявів, однак без значних відхилень від середніх тенденцій. Мінімальний показник 0 свідчить про наявність осіб, у яких соматичні прояви відсутні, тоді як максимальний результат 27 відображає окремі випадки високої вираженості симптомів, що хоча й не досягають клінічно тяжких форм, проте можуть вказувати на високу схильність індивіда до тілесного відреагування. Такі дані дозволяють припустити, що у вибірці є як учасники з мінімальними соматичними труднощами, так і ті, хто демонструє ознаки підвищеної вираженості тілесних симптомів. Така різномірність може відображати різні рівні тілесної чутливості та загального психофізіологічного напруження.

Відсутність клінічно виражених випадків свідчить про те, що соматичні прояви у респондентів не досягають рівня, характерного для медично значущих порушень. Водночас наявність значної частки осіб із помірними симптомами вказує на поширення субклінічних рівнів соматизації, які можуть мати стресогенну або психофізіологічну природу. Помірні соматичні симптоми нерідко супроводжуються підвищеною тілесною чутливістю, що узгоджується з гіпотезою про взаємозв'язок емоційних, стресових та соматичних процесів.

### 3.1.1. Загальний огляд результатів дослідження в залежності від віку респондентів

Перед проведенням поглибленого аналізу показників було здійснено розподіл вибірки за віковими категоріями, що дозволило виявити особливості перебігу тривожності, алекситимії, тілесної усвідомленості та соматичних симптомів у різних вікових групах. Вікова категорія 18–20 років не була включена до статистичного аналізу внаслідок її нерепрезентативності. Оскільки в цю групу увійшло лише дві особи, її включення не дозволило б забезпечити достовірність і стабільність висновків та могло б суттєво спотворити загальні тенденції розподілів.

Додатковий аналіз вікових відмінностей у рівнях генералізованої тривоги засвідчив наявність певної варіативності тривожних проявів у респондентів різного віку (див. табл. 3.10).

Таблиця 3.10

#### Показники генералізованої тривоги (GAD-7) у різних вікових групах

Вікова група	Медіана	Середнє	Стандартне відхилення	Мін	Макс
22-35 років	8	8,58	4,45	1	17
36-60 років	8	7,83	3,85	0	18
61+ років	9	9,65	4,92	2	19

Отримані результати демонструють, що середні значення генералізованої тривоги залишаються в межах помірного рівня незалежно від віку, однак між групами спостерігаються деякі змістовні відмінності. У віковій групі 22–35 років середнє значення тривожності становить 8,58 бала при медіані 8, що відповідає середній тяжкості проявів та свідчить про

відносну емоційну напруженість молодших дорослих. Стандартне відхилення 4,45 вказує на помірні індивідуальні коливання, тобто в межах цієї групи зустрічаються учасники як з більш низьким, так і з середнім рівнем тривожності.

У респондентів віком 36–60 років середній показник дещо нижчий і становить 7,83 бала при медіані 8. Ця група демонструє загалом стабільний емоційний фон, а нижча варіативність ( $SD=3,85$ ) свідчить про більш згуртований розподіл значень навколо середнього. Такі дані можуть відображати накопичений досвід емоційної регуляції та адаптивні стратегії, характерні для середнього дорослого віку.

Найвищий середній показник тривожності виявлено у групі 61+ років, де середнє становить 9,65 бала при медіані 9. Підвищення тривожності у старшому віці може бути пов'язане зі збільшенням фізіологічної вразливості, наявністю хронічних симптомів або посиленням уваги до тілесних сигналів. Варіативність у цій групі є найбільшою ( $SD=4,92$ ), що свідчить про гетерогенність переживання тривоги серед осіб похилого віку.

Детальніший аналіз показників загальної тривоги, виміряної за шкалою Бека дозволив ще детальніше поглибити розуміння феномену тривожності в різних вікових категоріях (див. табл. 3.11).

Таблиця 3.11

#### Показники загальної тривоги (BAI) у різних вікових групах

Вікова група	Медіана	Середнє	Стандартне відхилення	Мін	Макс
22-35 років	16	16,1	9,04	0	42
36-60 років	13	15,2	10,6	0	47
61+ років	14	18,4	12,8	2	44

Результати за шкалою Бека загалом підтверджують тенденції, зафіксовані в аналізі генералізованої тривоги, зберігаючи той самий віковий напрямок змін. У молодшій групі (22–35 років) середній показник становить 16,1 бала, що узгоджується з помірною інтенсивністю тривожних переживань, встановленою за GAD-7. Група 36–60 років демонструє незначне зниження тривожності ( $M=15,2$ ), що також повторює загальну динаміку до зниження емоційної напруги у середньому віці. У групі 61+ років середнє значення ВАІ зростає до 18,4 бала, що корелює з підвищенням показників генералізованої тривоги та свідчить про посилення чутливості до тривожних і соматичних сигналів у пізньому віці.

Отримані результати узгоджуються з даними GAD-7 і демонструють помірні прояви тривоги в молодших дорослих, зниження її інтенсивності у віці 36–60 років та повторне зростання у старшому віці.

Проведений аналіз вікових особливостей алекситимії демонструє відмінності в усвідомленні та вербалізації емоцій залежно від віку (див. табл. 3.12).

Таблиця 3.12

### Показники алекситимії у різних вікових групах

Вікова група	Медіана	Середнє	Стандартне відхилення	Мін	Макс
22-35 років	44	45,0	13,0	25	71
36-60 років	42	43,4	12,6	22	87
61+ років	51	37,0	14,0	25	70

У групі 22–35 років середнє значення алекситимії становить 45,0 бала при медіані 44, що відповідає помірному рівню та свідчить про певні труднощі у розпізнаванні і вираженні почуттів. Стандартне відхилення 13

вказує на суттєві індивідуальні коливання, що характерно для ранньої дорослості, коли емоційні навички можуть бути ще нестабільними.

У групі 36–60 років показники є дещо нижчими ( $M=43,4$ ;  $Md=42$ ), що свідчить про більш сформовану емоційну рефлексію та більшу здатність регулювати власні переживання. Помірна варіативність ( $SD=12,6$ ) демонструє, що серед респондентів є як особи, які добре розуміють власні емоційні стани, так і ті, що мають певні труднощі.

У старшій групі (61+ років) спостерігається зростання медіани до 51 бала при зниженні середнього значення до 37,0. Така тенденція свідчить про значну неоднорідність вибірки. Частина осіб демонструє підвищені показники алекситимії, тоді як інша характеризується помітно нижчим рівнем. Подібна варіативність може відображати різні траєкторії емоційного розвитку у пізньому віці, зумовлені різницею в соціальних, професійних та життєвих контекстах. У цьому віковому періоді частина людей характеризується сформованими навичками емоційної рефлексії та інтеграції життєвого досвіду, тоді як інші можуть демонструвати тенденцію до емоційного уникання чи зниженої диференціації переживань. Такий розподіл підкреслює, що алекситимія у пізньому віці не має однорідної тенденції, а радше відображає різноманітність індивідуальних психологічних профілів. Отримані результати також дають підстави припустити, що вікові зміни в алекситимії можуть бути пов'язані з відмінностями у способах опрацювання тілесних сигналів, адже рівень інтероцептивної чутливості та характер тілесного фокусу нерідко визначають, наскільки людина здатна розпізнавати та інтерпретувати власні емоційні стани

Додатковий аналіз вікових відмінностей у показниках тілесної усвідомленості продемонстрував, що різні вікові групи відрізняються за рівнем інтероцептивної чутливості та схильністю фокусуватися на тілесних сигналах (див. табл. 3.13).

Таблиця 3.13

**Показники тілесної усвідомленості у різних вікових групах**

<b>Вікова група</b>	<b>Медіана</b>	<b>Середнє</b>	<b>Стандартне відхилення</b>	<b>Мін</b>	<b>Макс</b>
22-35 років	65	67,0	19,7	30	122
36-60 років	59	60,5	15,6	30	128
61+ років	58	61,5	13,0	47	91

У групі 22–35 років середній показник тілесної усвідомленості становив 67,0 бала при медіані 65, що вказує на виражену тенденцію до спостереження за тілесними сигналами та підвищеної інтероцептивної чутливості. Однак, висока варіативність ( $SD=19,7$ ) свідчить про різний ступінь зосередженості на власних фізіологічних станах в межах цієї вікової категорії. У віці 36–60 років показники є дещо нижчими ( $M=60,5$ ;  $Md=59$ ). Це може відображати збалансований підхід до тілесного досвіду та меншу схильність до гіперфокусування на фізичних відчуттях. Варіативність у цій групі є помірною, що підкреслює більш стабільні інтероцептивні патерни. У старшій групі середні значення залишаються близькими ( $M=61,5$ ;  $Md=58$ ), однак діапазон коливань звужений ( $SD=13$ ). Це може свідчити про зниження тілесної сенситивності, яке часто спостерігається у пізньому віці через вікові зміни у нервовій системі. Таке співвідношення середніх показників та варіативності може свідчити про те, що з віком змінюється як сама інтенсивність тілесних відчуттів, так і характер уваги до них. Саме тому у різних вікових групах спостерігаються різні патерни інтероцептивної обробки.

Аналіз реактивності автономної нервової системи дозволив отримати додаткову інформацію про вікові відмінності фізіологічної чутливості, показавши тенденцію до змін в реактивності автономної нервової системи з плином років (див. табл. 3.14).

Таблиця 3.14

**Показники реактивності автономної нервової системи у різних вікових групах**

<b>Вікова група</b>	<b>Медіана</b>	<b>Середнє</b>	<b>Стандартне відхилення</b>	<b>Мін</b>	<b>Макс</b>
22-35 років	35	36,7	10,3	20	71
36-60 років	33	33,3	8,20	20	57
61+ років	36	37,2	10,5	21	63

У групі 22–35 років середнє значення реактивності становить 36,7 бала при медіані 35. Це свідчить про помірну інтенсивність автономних вегетативних реакцій. Значення стандартного відхилення 10,3 демонструє широкий розмах показників у межах цієї групи. Частина респондентів має підвищені реакції на тілесні сигнали, в той час як інші знаходяться в межах помірних значень. Така структура розподілу характеризує дану вікову групу як таку, що має виражену, але нерівномірну автономну реактивність.

У групі 36–60 років спостерігається деяке зниження показнику реактивності ( $M=33,3$ ;  $Md=33$ ). Це може бути пов'язано з більшою стабільністю автономних процесів у зрілому віці та меншою чутливістю до стресових факторів. Розподіл значень є відносно однорідним ( $SD=8,20$ ).

У старшій віковій групі показники навпаки знов зростають ( $M=37,2$ ;  $Md=36$ ), а варіативність збільшується ( $SD=10,5$ ). Підвищення реактивності на тілесні зміни у такому віці може бути пов'язане зі зростанням фізіологічної вразливості, наприклад, появі хронічних захворювань.

Додатковий аналіз вікових відмінностей у соматичних скаргах теж продемонстрував різницю в особливостях соматизації в різні вікові періоди життя (див. табл. 3.15)

Таблиця 3.15

**Показники соматичних скарг у різних вікових групах**

<b>Вікова група</b>	<b>Медіана</b>	<b>Середнє</b>	<b>Стандартне відхилення</b>	<b>Мін</b>	<b>Макс</b>
22-35 років	11	11,3	5,98	0	27
36-60 років	11	10,7	4,26	1	22
61+ років	10	11,4	5,04	1	20

У групі 22–35 років середній рівень соматичних скарг становить 11,3 бала при медіані 11, що відповідає помірній схильності до тілесного відреагування емоцій. Варіативність значень є доволі помітною ( $SD=5,98$ ), і це відображає широкий спектр тілесних переживань у молодих дорослих.

У респондентів віком 36–60 років значення дещо нижчі ( $M=10,7$ ;  $Md=11$ ), а варіативність менша. Це також свідчить про більш збалансований тілесний профіль та стабільніші психофізіологічні реакції, і повністю узгоджується з результатами інших методик.

У старшій групі (61+ років) середній показник знову підвищується до 11,4 бала при медіані 10. Це вказує на помірне зростання тілесних скарг у пізньому віці. Такі результати можуть бути пов'язані із медичними особливостями даного віку, але можуть також і вказувати на труднощі в інтерпретації фізичних відчуттів, які в результаті приводять до психосоматичних проявів.

Сукупно аналіз вікових відмінностей демонструє, що більш молодша група характеризується вираженою тілесною та емоційною чутливістю, де показники, як правило вищі, але мають доволі великий діапазон коливань. В зрілому дорослому віці всі методики продемонстрували більшу стабільність та збалансованість, тоді як у старшому віці знову спостерігається тенденція до підвищення тривожних і тілесних проявів.

Така динаміка підкреслює складну взаємодію емоційних, когнітивних та соматичних процесів на протязі життєвого циклу. Варіативність показників у межах кожної групи, в свою чергу, підкреслює індивідуальні відмінності у сприйнятті тілесних проявів та емоційних реакцій та настанову на думку про вплив особистісних та соціальних чинників у рівні проявленості тих чи інших феноменів.

Отже, у підсумку, виявлені відмінності у вікових проявах тривожності, алекситимії, тілесної чутливості та соматичних симптомів не набули однорідного й однозначного характеру, який дозволив би інтегрувати вік як повноцінну змінну у подальші регресійні та модераційні моделі. Розподіл показників у вікових групах є нерівномірним, а деякі групи мають обмежену кількість респондентів. Це знижує статистичну силу моделей і може спотворювати результати аналізу. Тому використання віку як предиктора або модератора у складніших статистичних підходах у межах даної вибірки є методологічно недоцільним. Попри це, виявлені вікові тенденції становлять науковий інтерес і можуть бути розширені в майбутніх дослідженнях із більшими та більш збалансованими вибірками. Такий напрям аналізу має потенціал для того, щоб більш детально зрозуміти механізми, які лежать в основі вікової специфіки тілесної та емоційної чутливості.

### **3.2. Кореляційний аналіз взаємозв'язку рівня тривожності з показниками алекситимії та соматичними характеристиками**

У ході кореляційного аналізу було встановлено, що між рівнем тривожності та показниками алекситимії існують статистично значущі позитивні взаємозв'язки, що свідчить про тісну взаємодію емоційних і когнітивних компонентів у структурі психологічного стану особистості (див. табл. 3.16).

Таблиця 3.16

**Кореляційний аналіз показників тривоги та соматичних скарг з показниками алекситимії**

Шкала	Генералізована тривога	Загальна тривога	Соматичні скарги
Труднощі з ідентифікацією почуттів	0,393***	0,524** *	0,419***
Труднощі з описом почуттів	0,383***	0,434** *	0,323***
Зовнішньоорієнтоване мислення	0,100	0,195*	0,142
Алекситимія	0,364***	0,474** *	0,339***

*Примітка «\*» – статистична значущість на рівні  $p < .0,5$ ; \*\* –  $p < .0,1$ ; \*\*\* –  $p < .001$*

Результати показали, що показник генералізованої тривоги має помірну позитивну кореляцію з труднощами ідентифікації почуттів ( $r=0,393$ ,  $p<0,001$ ), що означає, що чим складніше респонденту розпізнавати власні емоції, тим вищим є рівень його тривожності. Подібна тенденція спостерігається і щодо труднощів опису почуттів, які мають значущу, хоча й слабшу, кореляцію з генералізованою тривогою ( $r=0,383$ ,  $p<0,001$ ). Це свідчить про те, що недостатня здатність вербалізувати емоції може сприяти накопиченню внутрішнього напруження, яке проявляється у вигляді тривоги. Загальний рівень алекситимії також має статистично значущий позитивний зв'язок із генералізованою тривогою ( $r=0,364$ ,  $p<0,001$ ), що підтверджує взаємозалежність між емоційною неусвідомленістю та підвищеною тривожністю. Водночас показник зовнішньоорієнтованого мислення не продемонстрував значущих кореляцій із генералізованою тривогою ( $r=0,100$ ), що може свідчити про те, що когнітивна орієнтація на зовнішні події не має суттєвого впливу на переживання внутрішньої напруженості.

Аналіз зв'язку між загальною тривогою за шкалою Бека та показниками алекситимії виявив більш виражені кореляційні залежності. Зокрема, рівень загальної тривоги має сильніший зв'язок із труднощами ідентифікації почуттів ( $r=0,524$ ,  $p<0,001$ ), що підтверджує, що особи, яким важко усвідомлювати власні емоції, схильні до більш інтенсивного переживання тривоги. Також виявлено статистично значущу кореляцію між загальною тривогою та труднощами опису почуттів ( $r=0,434$ ,  $p<0,001$ ), що узгоджується з гіпотезою про роль вербалізації емоцій у процесах емоційної регуляції. Загальний показник алекситимії теж має позитивний зв'язок із рівнем загальної тривоги ( $r=0,474$ ,  $p<0,001$ ), що може свідчити про системну взаємозалежність між невмінням розуміти власні емоційні стани й тенденцією до посилення тривожних реакцій. Показник зовнішньоорієнтованого мислення демонструє слабкий, але статистично значущий зв'язок із загальною тривогою ( $r=0,195$ ,  $p<0,05$ ), що може вказувати на певну його роль у посиленні емоційного напруження.

Щодо зв'язку між соматизацією та алекситимією, то виявлено помірні позитивні кореляції, зокрема між рівнем соматичних скарг та труднощами ідентифікації почуттів ( $r=0,419$ ,  $p<0,001$ ) і між соматичними скаргами та труднощами опису почуттів ( $r=0,323$ ,  $p<0,001$ ). Це свідчить про те, що емоційна неусвідомленість може посилювати тенденцію до тілесного відреагування, оскільки люди, яким складно розуміти власні почуття, схильні до накопичення невисловлених емоцій, що може проявлятися у вигляді тілесної напруги або соматичних симптомів. Також загальний показник алекситимії має позитивний зв'язок із рівнем вираженості соматичних скарг ( $r=0,339$ ,  $p<0,001$ ), що підтверджує, що підвищена емоційна неусвідомленість асоціюється з психосоматичною симптоматикою. Водночас зовнішньоорієнтоване мислення не виявило значущого кореляційного зв'язку з соматичними скаргами ( $r=0,142$ ), що

може свідчити про те, що цей когнітивний стиль не є ключовим фактором у формуванні соматичних проявів.

Отже, результати показують, що високі показники тривожності та соматизації супроводжуються більш вираженими труднощами у розпізнаванні й вираженні емоцій. Це свідчить про недостатній рівень емоційної регуляції в межах вибірки. Виявлені залежності вказують на те, що алекситимія може виступати одним із ключових чинників підтримання підвищеної тривожності й тілесного відреагування, а її окремі компоненти мають різний внесок у формування емоційних та психосоматичних станів.

У ході кореляційного аналізу було встановлено, що між показниками тривожності, алекситимії та тілесною усвідомленістю існують статистично значущі взаємозв'язки, що вказують на тісну взаємодію емоційних і тілесних реакцій організму (див. табл. 3.17).

Таблиця 3.17

**Кореляційний аналіз показників тривоги та соматичних скарг з показниками тілесної усвідомленості**

<b>Шкала</b>	<b>Генералізована тривога</b>	<b>Загальна тривога</b>	<b>Соматичні скарги</b>
Тілесна усвідомленість	0,129	0,317***	0,345***
Реактивність автономної системи над діафрагмою	0,359***	0,587***	0,567***
Реактивність автономної системи під діафрагмою	0,292***	0,588***	0,550***
Загальна реактивність автономної системи	0,319***	0,599***	0,645***

*Примітка «\*» – статистична значущість на рівні  $p < 0,5$ ; \*\* –  $p < 0,1$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$*

Отримані результати показують, що тілесна усвідомленість має статистично значущі позитивні кореляції з кожним із досліджуваних емоційних показників. Зокрема, встановлено значущі зв'язки між тілесною усвідомленістю та генералізованою тривогою ( $r=0,129$ ,  $p < 0,1$ ), загальною тривогою ( $r=0,317$ ,  $p < 0,001$ ) і соматичними скаргами ( $r=0,345$ ,  $p < 0,001$ ).

Такі співвідношення свідчать що підвищена уважність до тілесних сигналів асоціюється з більш інтенсивними переживаннями тривоги та частішими тілесними скаргами. Цей результат узгоджується з уявленням про те, що орієнтація на внутрішні тілесні стани може посилювати сприйняття емоційного та фізіологічного напруження, особливо у випадках схильності людини до тривожного моніторингу власного самопочуття.

Більш виражені взаємозв'язки спостерігаються між тривогою, соматизацією та реактивністю автономної нервової системи. Показник реактивності над діафрагмою має значущі позитивні кореляції з генералізованою тривогою ( $r=0,359$ ,  $p<0,001$ ), загальною тривогою ( $r=0,587$ ,  $p<0,001$ ) та соматичними скаргами ( $r=0,567$ ,  $p<0,001$ ). Це свідчить про те, що підвищена фізіологічна реактивність, пов'язана з діяльністю серцево-дихальної системи та м'язовим напруженням у верхній частині тіла, супроводжується більш вираженим емоційним напруженням та соматичним дискомфортом. Особи, які переживають часті серцебиття, поверхнєве дихання чи напруження грудних м'язів, демонструють тенденцію до вищих показників тривожності та соматичних симптомів. Такий зв'язок підтверджує психофізіологічну природу тривожності, коли підвищена активність автономної системи підкріплює відчуття внутрішнього неспокою та, як наслідок, тілесного напруження.

Трохи менші за силою кореляційні зв'язки спостерігаються між емоційними показниками та реактивністю автономної системи під діафрагмою. Зокрема, для генералізованої тривоги коефіцієнт кореляції становить  $r=0,292$  ( $p<0,001$ ), для загальної тривоги –  $r=0,588$  ( $p<0,001$ ), а для соматичних проявів –  $r=0,550$  ( $p<0,001$ ), що вказує на доволі сильний позитивний зв'язок. Це означає, що підвищена реактивність органів травної, сечостатевої та вісцеральної системи також може бути пов'язана з переживанням тривоги та соматичних симптомів. Ці дані узгоджуються з сучасними уявленнями про взаємозв'язок психоемоційних і фізіологічних

процесів, згідно з якими стрес та емоційна напруга активують симпатичний відділ нервової системи, і це призводить до соматичних симптомів.

Загалом отримані дані свідчать про те, що і тілесна усвідомленість, і реактивність автономної нервової системи відіграють значну роль у переживанні тривоги та соматичних симптомів. Проте найсильніші зв'язки демонструють саме показники реактивності, тоді як тілесна усвідомленість має слабший ефект. Це дає підстави припускати, що у формуванні психоемоційного дистресу провідне значення мають фізіологічні механізми автономної регуляції, тоді як роль тілесної усвідомленості може полягати радше у тому, з якою інтенсивністю переживаються ці симптоми.

У ході кореляційного аналізу було встановлено, що між показниками алекситимії та соматичними характеристиками існують виражені взаємозв'язки, які вказують на тісну взаємодію між емоційною неусвідомленістю та тілесною реактивністю (див. табл. 3.18).

Таблиця 3.18

**Кореляційний аналіз соматичних характеристик з показниками алекситимії**

<b>Шкала</b>	<b>Тілесна усвідомленість</b>	<b>Реактивність автономної системи над діафрагмою</b>	<b>Реактивність автономної системи під діафрагмою</b>	<b>Загальна реактивність автономної системи</b>
Труднощі з ідентифікацією почуттів	0,228***	0,526***	0,415***	0,524***
Труднощі з описом почуттів	0,148	0,412***	0,340***	0,384***
Зовнішньоорієнтоване мислення	0,007	0,200*	0,146	0,198*
Алекситимія	0,142	0,478***	0,391***	0,460***

*Примітка «\*» – статистична значущість на рівні  $p < .0,5$ ; \*\* –  $p < .0,1$ ;*

*\*\*\* –  $p < .001$*

Значуща позитивна кореляція виявлена між тілесною усвідомленістю та труднощами ідентифікації почуттів ( $r = 0,228$ ,  $p < 0,001$ ), що свідчить про те, що респонденти, яким складно розпізнавати власні емоції, частіше звертають увагу на тілесні сигнали. При цьому зв'язки з труднощами опису почуттів ( $r = 0,148$ ) та зовнішньоорієнтованим мисленням ( $r = 0,007$ ) залишаються статистично незначущими, що може вказувати на відсутність прямого зв'язку між цими показниками. Також загальний рівень алекситимії не демонструє значущої кореляції з тілесною усвідомленістю ( $r = 0,142$ ), що вказує на те, що особи, які мають труднощі в розпізнаванні власних почуттів, також залишаються не чутливими і до сигналів власного тіла.

Натомість значно виразніші взаємозв'язки простежуються між показниками алекситимії та фізіологічною реактивністю. Показник труднощів ідентифікації почуттів має значущі позитивні кореляції з реактивністю автономної нервової системи над діафрагмою ( $r = 0,526$ ,  $p < 0,001$ ) та під діафрагмою ( $r = 0,415$ ,  $p < 0,001$ ), що свідчить про підвищену фізіологічну чутливість у респондентів, які відчувають труднощі з розумінням власних емоцій. Подібні тенденції спостерігаються і для труднощів опису почуттів, де кореляція з реактивністю над діафрагмою становить  $r = 0,412$  ( $p < 0,001$ ), а під діафрагмою –  $r = 0,340$  ( $p < 0,001$ ). Це вказує на те, що недостатня здатність вербалізувати власні емоції також асоціюється з підвищеною соматичною збудливістю. Такі дані підтверджують той факт, що особи, які мають труднощі в розумінні та описі власних почуттів, схильні до їх тілесного переживання, і, як наслідок – психосоматичних проявів.

Зовнішньоорієнтоване мислення виявилось найменш пов'язаним із соматичними показниками. Кореляція з реактивністю автономної системи над діафрагмою становить  $r = 0,200$  ( $p < 0,05$ ), що є середнім показником, тоді як зв'язки з реактивністю під діафрагмою ( $r = 0,146$ ) і тілесною

усвідомленістю ( $r = 0,007$ ) залишаються і зовсім статистично незначущими. Це може свідчити про те, що когнітивна орієнтація на зовнішні події не впливає безпосередньо на тілесні реакції, але пов'язана зі зниженим фокусом на власних внутрішніх відчуттях. Така тенденція характерна для осіб, які уникають емоційного саморефлексування, зосереджуючись на фактичних, раціональних або соціальних аспектах життя.

Загальний показник алекситимії також має значущі позитивні кореляції з реактивністю автономної системи над діафрагмою ( $r = 0,478$ ,  $p < 0,001$ ), під діафрагмою ( $r = 0,391$ ,  $p < 0,001$ ), а також із загальною реактивністю ( $r = 0,460$ ,  $p < 0,001$ ). Такий результат підтверджує наявність психофізіологічного взаємозв'язку між емоційною неусвідомленістю та соматичними процесами. Високий рівень алекситимії може супроводжуватися схильністю до соматичних реакцій, які компенсують неможливість емоційного вираження. Водночас виражений негативний зв'язок між алекситимією та тілесною усвідомленістю свідчить, що такі особи мають труднощі з інтеграцією тілесного й емоційного досвіду, що може стати підґрунтям для розвитку психосоматичних проявів.

У цілому отримані дані вказують на те, що алекситимія пов'язана насамперед із підвищеною фізіологічною реактивністю, тоді як тілесна усвідомленість виявляється менш однорідним показником і характеризує лише окремі аспекти емоційних труднощів. Виявлені кореляції підтверджують, що недостатня емоційна обробка та труднощі з ідентифікацією й описом почуттів можуть супроводжуватися посиленням соматичних реакцій та автономної збудливості. Отримані дані мають важливе значення для розуміння психосоматичних механізмів феномену алекситимії і створюють підґрунтя для подальших більш детальних досліджень.

### 3.3. Порівняння тривожності та соматичних скарг залежно від рівня алекситимії

Попри статистично значуще відхилення більшості залежних змінних від нормального розподілу (див. Додаток Д), однофакторний дисперсійний аналіз було застосовано відповідно до сучасних рекомендацій робастної статистики. При вибірці розміром  $n = 133$  ANOVA є стійкою до порушення припущення нормальності, оскільки за великих обсягів вибірки розподіл залишків моделі наближається до нормального згідно з центральною граничною теоремою (Kwak & Kim, 2017). Додатково в аналізі було використано модифікацію Welch ANOVA замість Fisher's ANOVA, яка не вимагає рівності дисперсій і є спеціальною процедурою для випадків відхилення розподілу від нормального (Mendes & Akkartal, 2010). Тому отримані результати можуть вважатися статистично коректними, а вибір аналітичної процедури – обґрунтованим навіть за умови відхилення розподілу від нормального.

У ході порівняння було виявлено, що рівень алекситимії суттєво впливає на вираженість рівня тривожності та соматичних проявів, що свідчить про тісний взаємозв'язок між емоційною неусвідомленістю та інтенсивністю негативних емоційних станів. Результати дисперсійного аналізу показали статистично значущі відмінності між групами з різним рівнем алекситимії, і це підтверджується значеннями ANOVA нижчими за 0,05 у всіх досліджуваних змінних. Такі показники означають, що рівень розвитку емоційної рефлексії та здатність до розуміння власних почуттів відіграють ключову роль у формуванні інтенсивності тривожних реакцій. При цьому збереження статистичної значущості для всіх показників підтверджує стабільність отриманого ефекту в межах обраної вибірки.

Тож, розглядаючи дані табл. 3.19, можна зазначити, що середні показники генералізованої тривоги зростають у міру підвищення рівня алекситимії.

Таблиця 3.19

**Особливості прояву генералізованої тривоги залежно від рівня  
алекситимії**

<b>Шкала</b>	<b>ANOVA</b>	<b>Низький рівень</b>	<b>Середній рівень</b>	<b>Високий рівень</b>
Генералізована тривога	<0,001*	7,30	11,28	10,58

*Примітка «\*» – статистична значущість на рівні  $p < 0,05$ .*

У групі з низьким рівнем алекситимії середній показник тривожності становить 7,30 бала, що відповідає помірному рівню емоційного напруження. У групі з середнім рівнем алекситимії цей показник підвищується до 11,28 бала, що свідчить про статистично значуще посилення тривожних тенденцій і більшу схильність до занепокоєння та напруги. Учасники з високим рівнем алекситимії також демонструють підвищену тривожність ( $M = 10,58$ ), хоча її рівень дещо нижчий, ніж у групі з середнім рівнем. Таке співвідношення може вказувати на те, що найбільш виражені труднощі в емоційному саморозумінні не завжди супроводжуються максимальними проявами тривоги. Найвищий рівень тривожності спостерігається саме в групі з проміжним рівнем алекситимії, що може свідчити про підвищену емоційну вразливість за умов часткової недостатності механізмів емоційної обробки. У респондентів із високою алекситимією тривога може переживатися не так гостро через знижену здатність до внутрішньої диференціації почуттів і, як наслідок, тенденцію до уникнення хворобливих емоційних станів.

Поглиблений аналіз загальної тривоги, представлений у табл. 3.20, підтверджує цю тенденцію.

Таблиця 3.20

**Особливості прояву загальної тривоги залежно від рівня алекситимії**

<b>Шкала</b>	<b>ANOVA</b>	<b>Низький рівень</b>	<b>Середній рівень</b>	<b>Високий рівень</b>
Загальна тривога	<0,001*	13,1	20,7	26,5

*Примітка «\*» – статистична значущість на рівні  $p < 0,05$ .*

За результатами ANOVA ( $p=0,001$ ) виявлено статистично значущі відмінності між групами, що свідчить про наявність прямих зв'язків між алекситимією та вираженістю тривожності. Учасники з низьким рівнем алекситимії мають середній показник 13,1 бала, що свідчить про помірно виражений рівень тривоги, тоді як у групі з середнім рівнем цей показник підвищується до 20,7 бала, а у групі з високим рівнем сягає 26,5 бала. Така динаміка демонструє, що зростання емоційної неусвідомленості супроводжується значним посиленням емоційного дискомфорту, гіперчутливістю до стресових стимулів та схильністю до інтенсивного переживання тривожних думок і тілесних симптомів. Ймовірно, це пояснюється тим, що особи з високим рівнем алекситимії мають обмежені можливості для когнітивного опрацювання емоційного досвіду, тому внутрішня напруга набуває форми тривожних відчуттів.

Результати, наведені у табл. 3.21, відображають виразну залежність соматичних скарг від рівня алекситимії.

Таблиця 3.21

### Особливості прояву соматичних скарг залежно від рівня алекситимії

Шкала	ANOVA	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Соматичні скарги	0,008*	10,1	11,9	14,2

*Примітка «\*» – статистична значущість на рівні  $p < 0,05$ .*

Показник ANOVA ( $p=0,008$ ) підтверджує статистично значущі відмінності між групами, що свідчить про вплив рівня алекситимії на вираженість проявів соматизації. У групі з низьким рівнем алекситимії середній показник соматичних симптомів становить 10,1 бала, тоді як у групі з середнім рівнем він підвищується до 11,9 бала, а у групі з високим рівнем сягає 14,2 бала. Така тенденція свідчить про те, що нездатність розпізнавати та адекватно виражати власні почуття сприяє накопиченню психоемоційного напруження, яке знаходить вивільнення через тілесні скарги.

Особи, які мають труднощі з ідентифікацією й вербалізацією емоцій, виявляють схильність до переживання внутрішнього напруження на тілесному рівні, що може посилювати соматичні скарги. Таким чином, напруга, що не отримала психологічної обробки, може проявити себе через тілесні відчуття напруги, дискомфорту або різні соматичні скарги. Виявлені відмінності підтверджують, що алекситимія є важливим фактором, який впливає на інтенсивність суб'єктивного переживання стресу, а недостатній рівень емоційної обізнаності може сприяти посиленню соматичних проявів.

Згідно з даними табл. 3.22, показник тілесної усвідомленості не демонструє статистичних відмінностей зі зростанням рівня алекситимії, в той час як показники реактивності автономної нервової системи демонструють такі відмінності.

Таблиця 3.22

#### Особливості прояву тілесних відчуттів залежно від рівня алекситимії

Шкала	ANOVA	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Тілесна усвідомленість	0,051	61,50	60,33	71,58
Реактивність автономної системи над діафрагмою	<0,001*	21,93	26,39	30,26
Реактивність автономної системи під діафрагмою	<0,001*	9,86	11,06	13,32
Загальна реактивність автономної системи	0,001	32,83	37,61	43,32

*Примітка «\*» – статистична значущість на рівні  $p < 0,05$ .*

Результати ANOVA для показника тілесної усвідомленості ( $p=0,051$ ) свідчать про відсутність значущих групових відмінностей. У групі з низьким рівнем алекситимії середнє значення становить 61,50 бала, із середнім – 60,33 бала, а із високим – 71,58 бала. Незважаючи на певні розбіжності у варіації середніх значень, ці відмінності не досягають порогу статистичної значущості. Це свідчить про те, що здатність до розпізнавання тілесних сигналів сама по собі не є показником, чутливим до змін рівня алекситимії.

Водночас показники реактивності автономної нервової системи демонструють протилежну тенденцію, яка полягає у значущих відмінностях між показниками в різних групах. У групі з низьким рівнем алекситимії середнє значення реактивності над діафрагмою становить 21,93 бала, тоді як у групі з середнім рівнем воно підвищується до 26,39 бала, а у групі з високим рівнем сягає 30,26 ( $p < 0,001$ ) бала. Це свідчить про поступове зростання фізіологічної збудливості, пов'язаної із серцево-дихальними процесами, напруженням м'язів обличчя чи грудної клітки. Інакше кажучи, з підвищенням алекситимії організм реагує більш інтенсивно на емоційні подразники, хоча сама людина може не усвідомлювати ці реакції.

Схожа тенденція спостерігається і щодо реактивності під діафрагмою, де середні значення становлять 9,86 бала у групі з низьким рівнем алекситимії, 11,06 бала у групі з середнім і 13,32 бала у групі з високим рівнем. Така динаміка свідчить про зростання фізіологічної напруги в нижніх відділах тіла, що може бути проявом психосоматичної активації, пов'язаної з внутрішнім емоційним дискомфортом.

Загальна реактивність автономної нервової системи також зростає відповідно до рівня алекситимії. Показники варіюються від 32,83 бала у групі з низьким рівнем до 37,61 бала у групі із середнім, і 43,32 бала у групі з високим ( $p = 0,001$ ). Така закономірність підтверджує, що труднощі в розпізнаванні власних почуттів ведуть до вираження їх у тілесній формі, коли негативна емоція, яка не усвідомлюється суб'єктивно, проявляється у вигляді вегетативних змін.

Отже, з одного боку ми бачимо, що підвищений рівень алекситимії не відіграє значущої ролі в рівні тілесної усвідомленості. З іншого боку, результати показали, що у осіб з середніми і високими показниками алекситимії спостерігається підвищена реактивність автономної нервової системи, яка відображає фізіологічну відповідь на емоційне напруження,

що не проходить через свідомий рівень. Комбінація низької усвідомленості та високої фізіологічної реактивності створює передумови для розвитку психосоматичних порушень, коли емоційні переживання, не усвідомлені й не вербалізовані, набувають тілесного вираження.

Отже, результати порівняння підтверджують, що алекситимія є важливим чинником, який визначає специфіку тілесного реагування на стресові ситуації, та вказують на необхідність формування емоційно–тілесної інтеграції як ресурсу психологічної адаптації. Додатково отримані дані свідчать, що підвищена реактивність може виконувати роль раннього фізіологічного маркера емоційної дезадаптації, який потребує своєчасної корекційної роботи.

#### **3.4. Внесок рівня тривожності та алекситимії у пояснення варіації соматичних показників**

У ході множинного регресійного аналізу було встановлено, що показники тривожності та соматичних характеристик мають значний внесок у пояснення варіації рівня алекситимії, що підтверджує тісний взаємозв'язок між емоційною неусвідомленістю, тілесними процесами та психоемоційними станами (див. табл. 3.23).

Таблиця 3.23

##### **Регресійна модель алекситимії**

<b>Модель</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Алекситимія	0,551	0,304	14,0	<0,001

*Примітка «\*» – статистична значущість на рівні  $p < 0,05$ .*

Результати, наведені у таблиці 3.23, свідчать, що регресійна модель є статистично значущою, оскільки коефіцієнт детермінації  $R^2$  дорівнює 0,304, що означає, що понад тридцять відсотків варіації рівня алекситимії пояснюється включеними у модель предикторами, а саме – показниками

генералізованої та загальної тривоги, тілесної усвідомленості та загальної реактивності автономної нервової системи. Коефіцієнт множинної кореляції  $R=0,551$  вказує на помітний рівень зв'язку між сукупністю незалежних змінних та рівнем алекситимії, а значення  $F=14,0$  при рівні значущості  $p<0,001$  підтверджує адекватність моделі, що дає підстави вважати, що поєднання показників тривожності, тілесної усвідомленості та реактивності автономної нервової системи справді дозволяє достовірно прогнозувати рівень алекситимії. Отримані результати демонструють системний характер взаємозв'язків між емоційними, когнітивними та соматичними компонентами, що свідчить про багатовимірність феномену алекситимії.

Детальний розгляд коефіцієнтів регресійної моделі, представлений у табл. 3.24, дозволяє уточнити внесок кожного предиктора у формування рівня алекситимії.

Таблиця 3.24

### Регресійні коефіцієнти алекситимії

Предиктор	B (Estimate)	SE	$\beta$	t	p
Константа	26,268	4,4646	-	5,88	<0,001*
Генералізована тривога	0,424	0,2812	0,137	1,51	0,134
Загальна тривога	0,271	0,1314	0,221	2,06	0,041*
Тілесна усвідомленість	-0,118	0,0679	-0,155	3,83	0,001*
Реактивність автономної системи	0,512	0,1459	0,371	3,51	<0,001*

*Примітка «\*» – статистична значущість на рівні  $p<0,05$ .*

Константа моделі становить 26,268, що є базовим рівнем алекситимії за відсутності впливу інших змінних. Показник генералізованої тривоги має позитивний, але не статистично значущий зв'язок із алекситимією ( $B=0,424$ ;  $SE=0,2812$ ;  $\beta=0,137$ ;  $t=1,51$ ;  $p=0,134$ ). Це свідчить про те, що підвищення генералізованої тривоги супроводжується певною тенденцією до зростання труднощів у розпізнаванні та вираженні емоцій, проте модель

не дозволяє стверджувати, що цей ефект відтворюваний і надійний. Такий результат спростовує припущення, що генералізована тривога є важливим емоційним чинником, який підсилює тенденцію до емоційної закритості та когнітивного уникнення. Отримана статистична незначущість наштовхує на гіпотезу про те, що внутрішнє напруження властиве підвищеній тривожності, не обов'язково трансформується у труднощі емоційної обробки, а може натомість переходити у форму соматичних скарг без його когнітивного опрацювання.

На відміну від цього, показник загальної тривоги продемонстрував статистично значущий та змістовно виразний позитивний вплив на рівень алекситимії ( $B=0,271$ ;  $SE=0,1314$ ;  $\beta=0,221$ ;  $t=2,06$ ;  $p=0,041$ ). Значення  $\beta=0,221$  свідчить про те, що загальна тривога є стабільним предиктором емоційної неусвідомленості.  $B=0,271$  означає, що підвищення загальної тривоги на одну одиницю супроводжується зростанням показника алекситимії приблизно на 0,27 бала. Такий результат узгоджується з теоретичними моделями, згідно з якими тривожні стани посилюють внутрішнє напруження, перевантажують емоційну систему та ускладнюють когнітивне опрацювання власних переживань, що може сприяти розвитку емоційної неусвідомленості. Відмінність між результатами двох тривожних шкал може бути пов'язана з тим, що шкала загальної тривоги Бека включає значно ширший спектр запитань (зокрема щодо тілесних та соматичних проявів тривожності) ніж шкала генералізованої тривоги, яка фокусується переважно на когнітивних та емоційних проявах. Оскільки алекситимія тісно пов'язана саме з труднощами у розпізнаванні та інтерпретації тілесних сигналів, наявність у шкалі Бека соматичних індикаторів тривоги робить її більш чутливою до тих аспектів емоційної дисрегуляції, які безпосередньо пов'язані з алекситимічними проявами.

Особливу увагу привертає показник тілесної усвідомленості, яка демонструє зворотний, статистично значущий вплив на алекситимію ( $B=$  –

0,118; SE=0,0679;  $\beta = -0,155$ ;  $t=3,83$ ;  $p=0,001$ ). Негативний коефіцієнт  $\beta$  свідчить, що зі зростанням тілесної чутливості рівень алекситимії зменшується. Ефект є відносно помірним, проте стабільно відтворюваним, про що свідчить високе абсолютне значення  $t$  та дуже низьке  $p$ . Оцінка  $B = -0,118$  означає, що кожне підвищення тілесної усвідомленості на один бал зменшує алекситимію приблизно на 0,12 бала. Це означає, що чим більш розвинена здатність до сприйняття тілесних сигналів, тим нижчим є рівень емоційної неусвідомленості. Висока тілесна усвідомленість передбачає кращу інтеграцію емоційного і соматичного досвіду, що сприяє адекватній регуляції емоцій та зниженню ризику соматизації. Натомість низька тілесна обізнаність може бути індикатором емоційного відчуження та механізму уникнення, коли особа пригнічує контакт із власним тілом, щоб уникнути неприємних переживань.

Показник реактивності автономної системи над діафрагмою також має статистично значущий позитивний вплив на рівень алекситимії ( $B=0,512$ ; SE=0,1459;  $\beta=0,371$ ;  $t=3,51$ ;  $p<0,001$ ). Це один із найсильніших ефектів у моделі про що свідчить стандартизований коефіцієнт  $\beta=0,371$ . Такий показник доводить, що підвищена фізіологічна збудливість асоціюється з істотно вищими показниками емоційної неусвідомленості. Це може бути наслідком того, що особи з високою алекситимією часто переживають емоційні стани на тілесному рівні, але не здатні інтерпретувати ці відчуття як емоційні реакції. Отже, посилення автономної реактивності може розглядатися як фізіологічний маркер емоційного напруження, яке не знаходить когнітивного осмислення.

Найвагомішим предиктором виявилася тілесна усвідомленість, яка має захисний, тобто компенсаторний характер, тоді як тривога та фізіологічна реактивність сприяють підвищенню рівня емоційної неусвідомленості, що свідчить про те, що люди з високим рівнем тривоги,

низькою тілесною усвідомленістю та високою фізіологічною збудливістю найбільш схильні до проявів алекситимії.

У ході модераційного аналізу було встановлено, що алекситимія має значний вплив на взаємозв'язок між рівнем тривоги та соматичними показниками, зокрема тілесною усвідомленістю, однак сам ефект модерації виявився частковим. Як показано у табл. 3.25, основна модель продемонструвала статистично значущі результати лише для інтерактивного ефекту, тоді як окремі внески тривоги та алекситимії не досягли статистичної значущості.

Таблиця 3.25

### Модераційна модель

Модель	Сила ефекту ( $\beta$ )	SE	t	p
Генералізована тривога	0,0924	1,3750	0,516	0,607
Алекситимія	0,1014	0,4500	-0,406	0,685
Тривога * Алекситимія	0,0418	0,0952	4,258	<0,001*

*Примітка «\*» – статистична значущість на рівні  $p < 0,05$ ; Модель включає незалежну змінну «Тілесна усвідомленість».*

Змінна генералізованої тривоги має коефіцієнт  $\beta = 0,0924$  при  $p = 0,607$ , що свідчить про відсутність істотного прямого впливу на тілесну усвідомленість. Показник для алекситимії дорівнює  $\beta = 0,1014$  при  $p = 0,685$ , також не демонструючи самостійного ефекту.

Водночас інтерактивний ефект взаємодії «Тривога \* Алекситимія» має значення  $\beta = 0,0418$  при високому рівні статистичної значущості  $p < 0,001$ . Це вказує на те, що саме поєднання тривоги та алекситимії, а не окремі їхні впливи, суттєво змінює тілесну усвідомленість. Такий результат каже про те, що алекситимія є модератором, який визначає як тривога трансформується у тілесні переживання. В той же самий час показник генералізованої тривоги сам по собі не знижує та не підсилює тілесну усвідомленість.

Додатковий аналіз модерації, наведений у табл. 3.26, дозволяє розглянути характер взаємозв'язку між генералізованою тривогою та тілесною усвідомленістю за різних рівнів алекситимії.

Таблиця 3.26

### Модераційна модель

Модель	Сила ефекту	SE	t	p
Average	0,174	1,38	0,516	0,607
Low (-1SD)	-1,115	1,79	-2,537	0,012*
High (+1SD)	1,463	1,90	3,139	0,002*

*Примітка «\*» – статистична значущість на рівні  $p < 0,05$ ; Модель включає незалежну змінну «Тілесна усвідомленість».*

У середньому зв'язок між цими змінними не є статистично значущим ( $\beta=0,174$ ,  $p=0,607$ ), що підтверджує попередні результати. Для осіб із низьким рівнем алекситимії (Low,  $-1$  SD) сила ефекту є негативною ( $\beta=-1,115$  при  $p=0,012$ ), що свідчить про статистично значуще зворотнє співвідношення, коли підвищення тривожності супроводжується зниженням тілесної усвідомленості. Це може вказувати на тенденцію до уникнення тілесних відчуттів як способу захисту від емоційного напруження. Натомість у групі з високим рівнем алекситимії (High,  $+1$  SD) спостерігається статистично значущий позитивний ефект ( $\beta=1,463$ ,  $p=0,002$ ). Це означає, що в умовах високої алекситимії підвищена тривога асоціюється з посиленням проявленням тілесних реакцій, тобто тривожні переживання у таких осіб мають виражене соматичне забарвлення. Емоційна напруга, яку людина не може усвідомити або вербалізувати, виявляється через фізичні симптоми, що підтверджує феномен соматичного фокусу особистості.

Було додатково проведено модераційний аналіз із застосуванням показників загальної тривоги за шкалою Бека. Результати, наведені у табл. 3.27, фактично дублюють структуру зв'язків, виявлену в моделі з генералізованою тривогою.

Таблиця 3.27

**Модераційна модель**

Модель	Сила ефекту ( $\beta$ )	SE	t	p
Загальна тривога	0,2768	0,5653	-0,436	0,663
Алекситимія	-0,0256	0,4496	-0,483	0,630
Тривога * Алекситимія	0,1408	0,0324	5,610	<0,001*

*Примітка «\*» – статистична значущість на рівні  $p < 0,05$ ; Модель включає незалежну змінну «Тілесна усвідомленість».*

Було виявлено, що прямі ефекти тривожності ( $\beta=0,2768$ ,  $p=0,663$ ) та алекситимії ( $\beta=-0,0256$ ,  $p=0,630$ ) залишаються статистично незначущими, що повністю відповідає висновкам попередньої моделі. Водночас інтерактивний ефект «Тривога \* Алекситимія» ( $\beta=0,1408$ ,  $p < 0,001$ ) знов демонструє високий рівень значущості, підтверджуючи, що саме поєднання цих двох змінних, а не їх окремий вплив, обумовлює зміни тілесної усвідомленості.

Додатковий аналіз взаємозв'язку між загально тривогою та тілесною усвідомленістю за різних рівнів алекситимії, наведений у табл. 3.28, аналогічно відтворює патерн, який було виявлено при аналізі взаємозв'язку зі шкалою генералізованої тривоги.

Таблиця 3.28

**Модераційна модель**

Модель	Сила ефекту	SE	t	p
Average	-0,153	0,565	-0,436	0,663
Low (-1SD)	-1,617	0,782	-3,335	0,001*
High (+1SD)	1,312	0,618	3,425	<0,001*

*Примітка «\*» – статистична значущість на рівні  $p < 0,05$ ; Модель включає незалежну змінну «Тілесна усвідомленість».*

Результати також підтверджують, що середній рівень алекситимії не супроводжується значущим зв'язком між тривогою та тілесною усвідомленістю ( $\beta=-0,153$ ,  $p=0,663$ ). В той же час низький рівень алекситимії знову пов'язаний зі статистично значущим негативним

ефектом ( $\beta=-1,617$ ,  $p=0,001$ ), а високий рівень – зі значущим позитивним ( $\beta=1,312$ ,  $p<0,001$ ). Тобто характер модерації повністю повторює результати, отримані у попередній моделі, що додатково свідчить про стійкість і надійність виявленого взаємозв'язку.

Залучення шкали загальної тривоги було проведене для підвищення репрезентативності й перевірки стабільності виявлених закономірностей, оскільки ця шкала охоплює не лише когнітивні прояви тривожності, а й низку соматичних симптомів. Отримані результати підтвердили той самий профіль зв'язків, що й у моделі з генералізованою тривогою. Отже, окремі ефекти тривоги та алекситимії залишаються незначущими в контексті тілесної усвідомленості, в той час як їх інтерактивний ефект є систематично вираженим і статистично надійним. Таким чином, обидві шкали демонструють узгоджені висновки щодо модераторної ролі алекситимії, що значно підсилює достовірність інтерпретації та свідчить про стійкість механізму трансформації тривожності у тілесні переживання.

Загалом результати модераційного аналізу свідчать про складну взаємодію між тривогою, алекситимією та тілесною усвідомленістю. Високий рівень алекситимії посилює зв'язок між тривожністю та тілесними реакціями, тоді як за низької алекситимії цей зв'язок залишається слабким або навіть зворотним.

Отже, алекситимія може розглядатися як модератор, що визначає індивідуальні відмінності у способі переживання тривоги – когнітивно-емоційному або соматичному.

### **3.5. Вплив соматизації та тілесної усвідомленості на зв'язок тривожності та алекситимії**

У ході модераційного аналізу було досліджено, чи впливають соматичні скарги на взаємозв'язок між алекситимією та загальною тривогою. Як показано у табл. 3.29, основна модель демонструє

статистично значущі прямі ефекти обох змінних, однак інтерактивний ефект взаємодії не досягає статистичної значущості.

Таблиця 3.29

### Модераційна модель

Модель	Сила ефекту ( $\beta$ )	SE	t	p
Алекситимія	0,3042	0,0578	4,30	<0,001*
Соматичні скарги	0,4760	0,1483	6,76	<0,001*
Алекситимія * Соматичні скарги	0,0808	0,0105	1,25	0,214*

*Примітка «\*» – статистична значущість на рівні  $p < 0,05$ ; Модель включає незалежну змінну «Загальна тривога».*

Коефіцієнт для алекситимії становить  $\beta = 0,3042$  при  $p < 0,001$ , що свідчить про те, що підвищення алекситимії супроводжується суттєвим зростанням тривожності. Це пояснюється тим, що за умов недостатньої здатності розпізнавати й диференціювати власні емоційні стани людина схильна спрямовувати увагу на тілесні відчуття як на основне джерело інформації про свій внутрішній стан, а це робить тривожні переживання більш інтенсивними. Аналогічно, соматичні скарги демонструють значущий прямий ефект ( $\beta = 0,4760$  при  $p < 0,001$ ), підтверджуючи, що інтенсивність соматичних симптомів є важливим фактором тривожності. За підвищеного тривожного фону тілесні сигнали набувають більш загрозливого змісту та інтерпретуються як потенційно небезпечні. Це спричиняє подальше посилення тривоги і може поступово формувати іпохондричні способи реагування на власні тілесні стани, що розглядаються в даному дослідженні як феномен соматичного фокусу особистості.

Водночас інтерактивний ефект «Алекситимія \* Соматичні скарги» не виявився статистично значущим ( $\beta = 0,0808$  при  $p = 0,214$ ), що свідчить про відсутність модераційного впливу соматизації. Отже, хоча й обидві змінні суттєво пов'язані з тривожністю, саме поєднання високої алекситимії та соматичних скарг не змінює характер цього зв'язку. Тобто соматизація не

посилює і не послаблює того, як алекситимія трансформується у підвищену тривожність.

Додатковий аналіз, наведений у табл. 3.30, деталізує характер зв'язку між алекситимією та загальною тривогою за різних рівнів соматичних скарг.

Таблиця 3.30

### Модераційна модель

Модель	Сила ефекту	SE	t	p
Average	0,304	0,0578	4,30	<0,001*
Low (-1SD)	0,223	0,0816	2,24	0,027*
Low (+1SD)	0,385	0,0747	4,21	<0,001*

*Примітка «\*» – статистична значущість на рівні  $p < 0,05$ ; Модель включає незалежну змінну «Загальна тривога».*

На середньому рівні соматизації ефект є статистично значущим ( $\beta=0,304$ ,  $p < 0,001$ ), що повністю узгоджується з основною моделлю. Для осіб із низьким рівнем соматичних скарг (Low,  $-1$  SD) зв'язок між алекситимією та загальною тривогою зберігається і також є значущим ( $\beta=0,223$ ,  $p=0,027$ ), хоча його сила є помітно нижчою. Це може свідчити про те, що за умов мінімальної соматизації алекситимія продовжує відігравати роль чинника, який підвищує емоційну напругу, але її вплив проявляється менш інтенсивно.

Натомість у групі з високим рівнем соматичних скарг (High,  $+1$  SD) спостерігається підсилений позитивний ефект ( $\beta=0,385$ ,  $p < 0,001$ ), що вказує на більш виражений зв'язок між алекситимією та тривогою. Це означає, що у випадках, коли соматичні симптоми є вираженими, брак диференціації та усвідомлення власних емоцій стає особливо вагомим чинником, який підсилює тривожні переживання. Можна припустити, що соматичні скарги у таких осіб слугують каналом актуалізації емоційного напруження, однак, на відміну від попередньої моделі з тілесною усвідомленістю, цей механізм не набуває якості модерації.

Отже, отримані результати дозволяють дійти висновку, що соматизація є важливим компонентом тривожного досвіду й має прямий внесок у його інтенсивність, однак вона не модерує зв'язок між алекситимією та загальною тривогою. Зв'язок зберігається незалежно від рівня соматичних скарг, хоча його сила систематично зростає разом із підвищенням соматизації. Це свідчить про кумулятивний характер емоційних і соматичних механізмів, але не про їхній інтерактивний ефект, що має важливе значення для розуміння психологічних шляхів формування тривожних станів.

### **Висновки до розділу 3**

1. Дані описової статистики засвідчили, що у вибірці переважають легкі та помірні рівні тривожності, алекситимії та соматичних симптомів. Частина респондентів демонструє клінічно значущі прояви тривоги та окремі виражені соматичні скарги. У молодших і старших учасників спостерігається підвищена тривожність та інтенсивніші тілесні прояви. У групі 61+ років виявлено суперечливі рівні алекситимії, що вказує на її гетерогенність у пізньому віці. Тілесна усвідомленість з віком знижується, а реактивність автономної нервової системи навпаки – підвищується. Частина респондентів також поєднала низьку тілесну усвідомленість із високою фізіологічною збудливістю. Таке поєднання створює передумови для формування соматичного фокусу.

2. Кореляційний аналіз показав значущі зв'язки між тривожністю та алекситимією. Люди з труднощами у розпізнаванні й описі почуттів мають вищі рівні тривоги. Алекситимія також пов'язана із соматизацією, що вказує на перенесення емоційного напруження у тілесні скарги. Найсильніші зв'язки спостерігаються між тривогою та реактивністю автономної нервової системи. Це підкреслює її психофізіологічну основу. Тілесна усвідомленість при цьому має слабкі зв'язки як з тривогою, так і з

соматичними скаргами. Значущого зв'язку між алекситимією та тілесною усвідомленістю не виявлено взагал, натомість вона виявилась пов'язаною з підвищеною реактивністю автономної системи. Підвищена реактивність стає тілесним відображенням емоцій, які не диференціюються, не отримують когнітивного опрацювання і переходять у тілесні прояви.

3. Результати дисперсійного аналізу ANOVA засвідчили, що рівень алекситимії є вагомим чинником, який впливає на інтенсивність тривожності, соматичних скарг та тілесних реакцій. У групах із середнім та високим рівнем алекситимії спостерігається істотне зростання тривоги та соматизації. Найбільш виражені відмінності простежуються у показниках загальної тривоги та автономної реактивності, що вказує на домінування тілесного каналу переживання емоцій при зростанні емоційної неусвідомленості. Водночас тілесна усвідомленість не виявила значущих відмінностей в залежності від рівня алекситимії.

4. Регресійний аналіз показав, що тривожність, тілесна усвідомленість і реактивність автономної системи є значущими предикторами алекситимії, пояснюючи понад половину її варіації. Найбільш впливовим чинником виявилася тілесна усвідомленість, що має захисний характер, оскільки її зниження супроводжується зростанням емоційної неусвідомленості. Підвищена тривога та висока фізіологічна збудливість підсилюють прояви алекситимії, утворюючи замкнене коло між емоційним напруженням, когнітивною дезінтеграцією та тілесними симптомами.

5. Модераційний аналіз продемонстрував, що алекситимія виступає важливим посередником у зв'язку між тривогою та тілесною усвідомленістю. За низької алекситимії підвищення тривоги супроводжується зниженням тілесної усвідомленості, ймовірно через уникнення неприємних переживань під час зчитування тілесних сигналів. За високої алекситимії тривога, навпаки, посилює тілесні відчуття. Це

відображає механізм соматичного фокусу, коли емоція, не усвідомлена когнітивно, проявляється на тілесному рівні. Модераційні моделі для шкал GAD-7 і ВАІ повністю відтворюють одна одну, що підтверджує стійкість виявленого ефекту. Аналіз модерації ролі соматичних скарг показав, що хоча соматизація має сильний прямий зв'язок із тривожністю, вона не модерує зв'язок між алекситимією та тривогою. Вплив алекситимії на тривожність зберігається за будь-якого рівня соматизації, хоча його сила зростає разом із підвищенням соматичних симптомів. Це означає, що алекситимія та соматизація діють не як взаємодіючі, а більш як кумулятивні чинники, які підсилюють загальний рівень емоційного напруження.

## ВИСНОВКИ

1. У ході теоретичного аналізу сучасних наукових підходів до вивчення феноменів тривожності, алекситимії та соматичного фокусу особистості встановлено, що всі три феномени являють собою взаємопов'язані елементи єдиної психофізіологічної системи. Тривожність розглядається як багатовимірний феномен, який включає емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні компоненти й може проявлятися як ситуативний стан або стійка особистісна характеристика. Її адаптаційна функція полягає у забезпеченні чутливості до можливих загроз, проте надмірна інтенсивність цього механізму здатна призводити до емоційної дезадаптації та стійкого внутрішнього напруження. Алекситимія визначається як порушення емоційної ідентифікації та вербалізації переживань і супроводжується зниженим емоційним усвідомленням та зовнішньоорієнтованим мисленням. Вона формує схильність інтерпретувати емоційні стани через тілесні відчуття, що створює підґрунтя для соматизації. У цьому контексті соматичний фокус виступає проміжною ланкою між тривожністю та алекситимією, оскільки передбачає надмірну значущість внутрішніх тілесних сигналів і їх інтерпретацію як потенційно небезпечних. Поєднання підвищеної тілесної уважності, інтероцептивної чутливості та когнітивних викривлень формує замкнуте коло тривожного реагування, у межах якого труднощі емоційної обробки сприяють посиленню тілесної фіксації, а тривожність посилює суб'єктивне сприймання загрози. У результаті емоційна напруга, що не знаходить адекватного когнітивного вираження, трансформується у соматичні прояви.

2. У ході емпіричного дослідження було проаналізовано загальний емоційно-психологічний стан вибірки. Він виявився пов'язаним з підвищеною емоційною напругою та неоднорідністю індивідуальних реакцій. У більшості учасників виявлено легкі та помірні прояви тривожності, тоді як у частини респондентів ці прояви посилюються, що

свідчить про схильність до емоційної нестабільності та гіперреактивності. Вибірка також демонструє часткові ознаки алекситимії. Тілесна ж сфера респондентів характеризується різними рівнями усвідомленості та реактивності. Значна частина учасників має знижену здатність розуміти власні тілесні сигнали, тоді як інші проявляють підвищену сенситивність, що може сприяти формуванню соматичного фокусу. У вибірці переважають легкі та помірні соматичні прояви, що відображає субклінічну схильність до соматизованих форм реагування на стрес за загально збережених адаптаційних ресурсів. Вікові особливості свідчать про тенденцію до зниження інтероцептивної чутливості та зростання соматичних скарг із віком, що може ускладнювати інтеграцію тілесних та емоційних сигналів.

3. Проведений кореляційний аналіз показав, що підвищена тривожність тісно пов'язана з алекситимією. Недостатня емоційна усвідомленість посилює внутрішнє напруження й сприяє формуванню тривожних симптомів, тоді як зовнішньоорієнтоване мислення, як виявилось, не впливає безпосередньо на рівень тривожності. Алекситимія також виявила зв'язок із соматичними проявами, коли за низької здатності розпізнавати власні емоційні стани напруження частіше переживається через тілесні симптоми. Зіставлення підгруп показало, що особи з високою алекситимією мають значно вищі рівні тривожності та соматизації, що поєднується зі зниженою тілесною усвідомленістю та підвищеною фізіологічною реактивністю. В той же час респонденти з низькими рівнями алекситимії демонструють кращий контроль над внутрішніми станами та меншу схильність до тілесного способу переживання емоційного напруження. Регресійний аналіз засвідчив, що тривожність, тілесна усвідомленість і фізіологічна реактивність пояснюють значну частину варіацій алекситимії, підтверджуючи їхню взаємозалежну дію. Підвищена тривожність і вегетативна реактивність сприяють зростанню емоційної неусвідомленості, тоді як розвинена здатність диференціювати тілесні

сигнали має захисний ефект. Модераційний аналіз уточнив роль тілесних процесів у динаміці емоційного реагування. Було встановлено, що соматизація не змінює силу зв'язку між алекситимією і тривожністю, тоді як тілесна усвідомленість модерує його значним чином. За низької тілесної усвідомленості труднощі емоційної ідентифікації тісніше пов'язані з тривожним реагуванням і частіше набувають соматичної форми. Високий рівень тілесної усвідомленості, навпаки, послаблює цей зв'язок, забезпечуючи точніше розуміння власних станів і знижуючи їх тілесну інтерпретацію.

4. Загалом результати дослідження підтверджують, що взаємозв'язок між тривожністю, алекситимією та соматичним фокусом має системний характер і відображає єдність емоційної, когнітивної та тілесної регуляції. Високий рівень алекситимії зумовлює посилення тривожності та соматичних симптомів через недостатню інтеграцію емоційного й тілесного досвіду, тоді як здатність до емоційного усвідомлення й тілесної рефлексії виступає важливим чинником психологічної стійкості та адаптації. Труднощі емоційної ідентифікації та вербалізації переживань формують ґрунт для накопичення внутрішнього напруження, яке, не отримуючи належного когнітивного опрацювання, переноситься у тілесну сферу й набуває характеру соматичних симптомів. Підвищена реактивність автономної нервової системи сприяє інтенсивності цього процесу, а знижена тілесна усвідомленість ускладняє вміння адекватно інтерпретувати власні фізіологічні сигнали. Отже, алекситимія є ключовою ланкою, яка поєднує емоційний та соматичний рівні реагування, визначаючи вразливість до тривожності та схильність до соматизації. Водночас соматичний фокус не змінює самої структури цього зв'язку, але підсилює його прояви, роблячи емоційний досвід більш тілесно забарвленим. Виявлені закономірності підкреслюють необхідність комплексного підходу до розуміння психоемоційних розладів, у межах якого важливим є розвиток

емоційної рефлексії, інтероцептивної чутливості та здатності до інтеграції емоційного й тілесного досвіду. Це створює передумови для формування більш адаптивних стратегій психологічного функціонування та підсилює можливості емоційної саморегуляції в умовах підвищеного стресу.

5. Отримані результати відкривають перспективи їх подальшого застосування у практичній психології. Виявлені закономірності можуть бути використані для розробки програм розвитку емоційної рефлексії та інтероцептивної усвідомленості, що сприятиме зниженню тілесної тривоги та оптимізації процесів емоційної регуляції. Дані щодо ролі тілесних характеристик у структурі взаємозв'язку тривожності та алекситимії створюють підґрунтя для впровадження тілесноорієнтованих і майндфулнес-практик у корекційну роботу, а також для вдосконалення профілактичних заходів, спрямованих на попередження розвитку психосоматичних порушень у контексті тривалого стресового навантаження.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексіна Н., Герасименко О., Лавриненко Д., & Савченко О. (2024). Українська адаптація шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7: досвід діагностики в умовах воєнного стану. Інсайт: психологічні виміри суспільства, (11), 77–103.
2. Біленко, А. В. (2024). Дослідження взаємозв'язку рівня негативних емоцій та психосоматичних розладів. Кваліфікаційна робота, Поліський національний університет. 72 с.
3. Василець, В. В., Шаповал, І. І., Шалковський, Є. І., Клебанська, А. О., & Станіславчук, М. А. (2023). Крос-культурна адаптація україномовної версії торонтської шкали алекситимії TAS-20: апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. Український ревматологічний журнал, (1), 1–7.
4. Гвоздь, М. С. (2021). Взаємозв'язок алекситимії та соціофобії. Суспільство, наука, освіта: актуальні дослідження, теорія, 218.
5. Готич, В. О., & Федик, О. В. (2025). Проблема алекситимії в сучасному науковому дискурсі. Наукові записки. Серія: Психологія, (1), 58–62.
6. Дементьєва, І. Г. (2023). Емпіричне дослідження особливостей психосоматичних проявів у внутрішньо переміщених осіб. В другій Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасна освіта з використанням новітніх технологій» International Science Group. 2023. 15–16.
7. Денісієвська, А. Є. (2020). Адаптація україномовної версії методики «опитувальник тілесних відчуттів–коротка форма». Засекіна ЛВ (д. психол. н., проф., Острого, Україна); Хворост ХЮ (к. психол. н., доц., Луцьк, Україна), 132.
8. Заєць, С. (2023). Особливості переживання тривожності дорослими в період війни. Актуальні проблеми психічного здоров'я: матеріали

- конференції (25 травня 2023 року). Житомир: ЖДУ імені Івана Франка, 33–37.
9. Коваленко, А. В. (2022). Тривожність як соціально–психологічний феномен. З 118 Психологія ХХІ століття: теоретичні та практичні дослідження: зб. наук. пр./гол. ред. ЛГ Білий. Хмельницький: Вид–во МАУП. Вип. 15. 182 с., 45.
  10. Кузнецова, Ю. (2025). Резильєнтність дорослих з різним рівнем алекситимії в контексті травматичного досвіду війни в Україні. Кваліфікаційна робота, Український католицький університет. 72 с.
  11. Лісовський, О. О. (2024). Психологічні особливості взаємозв'язку депресивних проявів і алекситимії у студентів. 1. Кваліфікаційна робота, Хмельницький національний університет. 82 с.
  12. Лісовський, О., & Гаврильченко, В. Я. (2025). Стратегії підтримки студентів із алекситимією та депресією. *Psychology Travelogs*, (1), 193–204.
  13. Макарова, В. В. (2023). Тривожність як індикатор психологічного благополуччя дорослих в умовах війни. Кваліфікаційна робота, Криворізький державний педагогічний університет. 82 с.
  14. Михайленко, Л. С. (2022). Алекситимія як психологічний чинник появи серцево–судинних захворювань. Кваліфікаційна робота, Запорізький національний університет. 59 с.
  15. Олійніченко, К. І. (2024). Психологічні чинники корекції алекситимії у молоді. Чорноморський національний університет імені Петра Могили.
  16. Позняк, А. (2021). Алекситимія як психологічний феномен. Кваліфікаційна робота, Сумський державний університет.
  17. Саннікова, А. О. (2023). Тривожність як стан і властивість особистості. Актуальні проблеми життєвого та професійного самоздійснення особистості : Матеріали Всеукраїнської науково–

- практичної конференції «Психологія самоздійснення особистості : теорія, досвід, практика». 58–65.
18. Сілютіна, О. М. (2021). Регулятивні чинники розвитку тілесного інтелекту особистості. Кваліфікаційна робота, Харківський національний педагогічний університет імені ГС Сковороди.
19. Слепко, С. Ю. (2023). Особистісна тривожність як психологічна проблема. Психологічна допомога в Україні: проблеми підготовки та професійної діяльності фахівців. Матеріали науково–практичної конференції. 106–108.
20. Шопша, М. М., & Ярмоленко, М. А. (2024). Психологічні особливості тривожності у дорослих людей. Міжнародній науково–практичній конференції «Наукові дослідження: сучасні виклики та перспективи». MDPC Publishing. 362–366.
21. Ayık, B., Baş, A., Sağlam, N., & Izci, F. (2023). The Relationship Between Emotional Dysregulation, Alexithymia and Somatization in Patients with Bipolar Disorder. *Alpha Psychiatry*, 24, 15 – 21.
22. Baggio, T., Grecucci, A., Meconi, F., & Messina, I. (2023). Anxious Brains: A Combined Data Fusion Machine Learning Approach to Predict Trait Anxiety from Morphometric Features. *Sensors (Basel, Switzerland)*.
23. Bandyopadhyay, C., & Mahato, A. (2021). Exploring alexithymia in somatization using rorschach psychodiagnostics. *Psychological Thought*.
24. Barends, H., Dessel, C., Van Der Wouden, J., Twisk, J., Terluin, B., Van Der Horst, H., & Dekker, J. (2020). Impact of symptom focusing and somatosensory amplification on persistent physical symptoms: A three–year follow–up study.. *Journal of psychosomatic research*, 135, 110131 .
25. Barros, F., Figueiredo, C., Brás, S., Carvalho, J., & Soares, S. (2022). Multidimensional assessment of anxiety through the State–Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA): From dimensionality to response prediction across emotional contexts. *PLoS ONE*, 17.

26. Bouziane, I., Das, M., Friston, K., Caballero–Gaudes, C., & Ray, D. (2021). Enhanced top–down sensorimotor processing in somatic anxiety. *Translational Psychiatry*, 12.
27. Catrambone, V., Zallocco, L., Ramoretti, E., Mazzoni, M., Sebastiani, L., & Valenza, G. (2024). Integrative neuro–cardiovascular dynamics in response to test anxiety: A brain–heart axis study. *Physiology & Behavior*, 276.
28. Chaim, C., Almeida, T., De Vries Albertin, P., Santana, G., Siu, E., & Andrade, L. (2024). The implication of alexithymia in personality disorders: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 24.
29. Clemente, R., Murphy, A., & Murphy, J. (2024). The relationship between self–reported interoception and anxiety: A systematic review and meta–analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 167.
30. Demirkan, A., & Gerdan, G. (2025). The mediating role of anxiety and depression in the relationship between alexithymia, somatosensory amplification, and functional impairment in fibromyalgia. *Frontiers in Psychiatry*, 16.
31. Di Tella, M., Adenzato, M., Catmur, C., Miti, F., Castelli, L., & Ardito, R. (2020). The role of alexithymia in social cognition: Evidence from a non–clinical population. *Journal of affective disorders*, 273, 482–492 .
32. Dong, J., Xiao, T., Xu, Q., Liang, F., Gu, S., Wang, F., & Huang, J. (2022). Anxious Personality Traits: Perspectives from Basic Emotions and Neurotransmitters. *Brain Sciences*, 12.
33. Ergelen, M., Sayiner, A., Çırakoğlu, M., & Yalçın, M. (2025). Emotion recognition deficits in patients with skin picking disorder: the role of alexithymia while controlling depression, and anxiety levels. *Frontiers in Psychiatry*, 16.
34. Farahi, S., Naziri, G., Davodi, A., & Fath, N. (2023). The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship Between

- Early Maladaptive Schemas, Alexithymia, and Emotional Intelligence With Somatic Symptoms in People With Somatic Symptoms Disorder. *Practice in Clinical Psychology*.
35. Farhoumandi, N., Mollaey, S., Heysieattalab, S., Zarean, M., & Eyvazpour, R. (2021). Facial Emotion Recognition Predicts Alexithymia Using Machine Learning. *Computational Intelligence and Neuroscience*.
36. Farhoumandi, N., Zarean, M., Nasiri, M., & Jega, M. (2022). Somatization Mediates the Structural Relationship of Alexithymia with Anxiety and Depression. *Iranian Journal of Psychiatry*, 17, 144 – 153.
37. Fiedler, S., Lee, K., Nook, E., Lindquist, K., Gendron, M., & Satpute, A. (2025). Affective abstraction predicts variation in alexithymia, depression, and autism spectrum quotient. *Emotion*.
38. Flasiński, T., Dierolf, A., Rost, S., Lutz, A., Voderholzer, U., Koch, S., Bach, M., Asenstorfer, C., Münch, E., Mertens, V., Vögele, C., & Schulz, A. (2020). Altered Interoceptive Awareness in High Habitual Symptom Reporters and Patients With Somatoform Disorders. *Frontiers in Psychology*, 11.
39. Gaggero, G., Bizzego, A., Dellantonio, S., Pastore, L., Lim, M., & Esposito, G. (2021). Clarifying the relationship between alexithymia and subjective interoception. *PLoS ONE*, 16.
40. Gerrans, P., & Murray, R. (2020). Interoceptive active inference and self-representation in social anxiety disorder (SAD): exploring the neurocognitive traits of the SAD self. *Neuroscience of consciousness*, 2020 1, niaa026 .
41. Gökdağ, C., & Kiziltepe, R. (2023). Risk Factors in Depression and Anxiety Disorders from the Framework of Developmental Psychopathology. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar – Current Approaches in Psychiatry*.

42. Grecucci, A., Sığircı, H., Lapomarda, G., Amodeo, L., Messina, I., & Frederickson, J. (2020). Anxiety Regulation: From Affective Neuroscience to Clinical Practice. *Brain Sciences*, 10.
43. Harrison, O., Köchli, L., Marino, S., Lüchinger, R., Hennel, F., Brand, K., Hess, A., Frässle, S., Iglesias, S., Vinckier, F., Petzschner, F., Harrison, S., & Stephan, K. (2021). Interoception of breathing and its relationship with anxiety. *Neuron*, 109, 4080 – 4093.
44. Härtwig, E., Aust, S., Heekeren, H., & Heuser, I. (2020). No Words for Feelings? Not Only for My Own: Diminished Emotional Empathic Ability in Alexithymia. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 14.
45. Kano, M., Oudenhove, L., Dupont, P., Wager, T., & Fukudo, S. (2020). Imaging Brain Mechanisms of Functional Somatic Syndromes: Potential as a Biomarker?. *The Tohoku journal of experimental medicine*, 250 3, 137–152 .
46. Kolobaric, A., Karim, H., Banihashemi, L., Mizuno, A., Aizenstein, H., & Andreescu, C. (2021). Are All Anxieties Created Equal? Stress–related Networks and Anxiety Phenotypes in Old Age.. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*.
47. Kuzminskaite, E., Penninx, B., Van Harmelen, A., Elzinga, B., Hovens, J., & Vinkers, C. (2021). Childhood Trauma in Adult Depressive and Anxiety Disorders: An Integrated Review on Psychological and Biological Mechanisms in the NESDA Cohort.. *Journal of affective disorders*, 283, 179–191
48. Kwak, S. G., & Kim, J. H. (2017). Central limit theorem: The cornerstone of modern statistics. *Korean Journal of Anesthesiology*, 70(2), 144–156..
49. Lane, R., Solms, M., Weihs, K., Hishaw, A., & Smith, R. (2020). Affective agnosia: a core affective processing deficit in the alexithymia spectrum. *BioPsychoSocial Medicine*, 14, 1–14.

50. La Touche, R., García-Salgado, A., Cuenca-Martínez, F., Angulo-Díaz-Parreño, S., Paris-Aleman, A., Suso-Martí, L., & Herranz-Gómez, A. (2021). Alexithymia and facial emotion recognition in patients with craniofacial pain and association of alexithymia with anxiety and depression: a systematic review with meta-analysis. *PeerJ*, 9.
51. Li, J., Zhong, Y., Z., Wu, Y., Pang, M., Wang, C., Liu, N., Wang, C., & Zhang, N. (2020). Emotion reactivity-related brain network analysis in generalized anxiety disorder: a task fMRI study. *BMC Psychiatry*, 20.
52. Li, Y., & Jiang, L. (2022). State and Trait Anxiety Share Common Network Topological Mechanisms of Human Brain. *Frontiers in Neuroinformatics*, 16.
53. Machorrinho, J., Marmeleira, J., Santos, G., & Veiga, G. (2025). Attention to the body! Comparing the connection between interoceptive abilities and somatic complaints of women with and without history of intimate partner violence. *Women's Health*, 21.
54. Martino, G., Caputo, A., Schwarz, P., Bellone, F., Fries, W., Quattropiani, M., & Vicario, C. (2020). Alexithymia and Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 11.
55. Martino, G., Caputo, A., Vicario, C., Feldt-Rasmussen, U., Watt, T., Quattropiani, M., Benvenga, S., & Vita, R. (2021). Alexithymia, Emotional Distress, and Perceived Quality of Life in Patients With Hashimoto's Thyroiditis. *Frontiers in Psychology*, 12.
56. Maulina, V., & Ohira, H. (2024). Somatic Symptoms and Its Association With Anxiety and Interoception. *ANIMA Indonesian Psychological Journal*.
57. Maulina, V., Yogo, M., & Ohira, H. (2022). Somatic Symptoms: Association Among Affective State, Subjective Body Perception, and Spiritual Belief in Japan and Indonesia. *Frontiers in Psychology*, 13.

58. McGovern, H., De Foe, A., Biddell, H., Leptourgos, P., Corlett, P., Bandara, K., & Hutchinson, B. (2022). Learned uncertainty: The free energy principle in anxiety. *Frontiers in Psychology*, 13.
59. Mendes, M., & Akkartal, E. (2010). Comparison of ANOVA F and Welch Tests with Their Respective Permutation Versions in Terms of Type I Error Rates and Test Power. *Kafkas Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*, 16(5), 711–716.
60. Morr, M., Lieberz, J., Dobbstein, M., Philipsen, A., Hurlemann, R., & Scheele, D. (2021). Insula reactivity mediates subjective isolation stress in alexithymia. *Scientific Reports*, 11.
61. Motomura, Y., Fukuzaki, A., Eto, S., Hirabayashi, N., Gondo, M., Izuno, S., Togao, O., Yamashita, K., Kikuchi, K., Sudo, N., & Yoshihara, K. (2023). Alexithymia characteristics are associated with salience network activity in healthy participants: an arterial spin labeling study. *Journal of Physiological Anthropology*, 42.
62. Nasution, A., Karneli, Y., & Netrawati, N. (2024). Existential Humanistic Perspective on Depression and Anxiety: A Literature Study. *Al-Ihath: Jurnal Bimbingan dan Konseling Islam*.
63. Nurlan, A., Qin, R., & Li, M. (2024). The biological mechanisms of sex difference of anxiety. *Transactions on Materials, Biotechnology and Life Sciences*.
64. Oka, T. (2020). Shitsu-taikan-sho (alexisomia): a historical review and its clinical importance. *Biopsychosocial Medicine*, 14.
65. Orsolini, L. (2020). Unable to Describe My Feelings and Emotions Without an Addiction: The Interdependency Between Alexithymia and Addictions. *Frontiers in Psychiatry*, 11.
66. Oussi, A., Hamid, K., & Bouvet, C. (2023). Managing emotions in panic disorder: A systematic review of studies related to emotional intelligence,

- alexithymia, emotion regulation, and coping.. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 79, 101835.
67. Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2010). Interoception in anxiety and depression. *Brain Structure and Function*, 214, 451–463.
68. Peçanha, A., Silveira, B., Krahe, T., & Fernandez, J. (2025). Can social isolation alleviate symptoms of anxiety and depression disorders?. *Frontiers in psychiatry*, 16, 1561916 .
69. Petzke, T., & Witthöft, M. (2024). The Association of Emotion Regulation and Somatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 86, 561 – 568.
70. Phillips, M., Madubata, I., Vujanovic, A., & Walker, R. (2025). The moderating role of alexithymia in the relationship between racial trauma and negative emotionality among Black adults. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*.
71. Preece, D., Mehta, A., Becerra, R., Chen, W., Allan, A., Robinson, K., Boyes, M., Hasking, P., & Gross, J. (2021). Why is Alexithymia a Risk Factor for Affective Disorder Symptoms? The Role of Emotion Regulation. *Journal of affective disorders*.
72. Preece, D., Mehta, A., Petrova, K., Sikka, P., Bjureberg, J., Becerra, R., & Gross, J. (2022). Alexithymia and emotion regulation. *Journal of affective disorders*, 324, 232–238 .
73. Riskind, J., & Calvete, E. (2023). Beyond Logical Errors: Preliminary Evidence for the «Looming Vulnerability Distortions Questionnaire» of Cognitive–Perceptual Distortions in Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 47, 802 – 822.
74. Sancassiani, F., Montisci, R., Meloni, L., Nardi, A., & Carta, M. (2023). Why is it Important to Assess and Treat Alexithymia in the Cardiologic Field? An Overview of the Literature. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health : CP & EMH*, 19.

75. Sezer, I., Moreau, P., Jomaa, M., Godefroy, V., Batrancourt, B., Lévy, R., & Filipchuk, A. (2025). Enhanced Brain–Heart Connectivity as a Precursor of Reduced State Anxiety After Therapeutic Virtual Reality Immersion. *bioRxiv*.
76. Shalamberidze, T., Nash, K., & Caplan, J. (2025). Rhythmic activity in resting–state EEG predicts trait anxiety. *Imaging Neuroscience*, 3.
77. Silvestro, O., Ricciardi, L., Catalano, A., Vicario, C., Tomaiuolo, F., Pioggia, G., Squadrito, G., Schwarz, P., Gangemi, S., & Martino, G. (2023). Alexithymia and asthma: a systematic review. *Frontiers in Psychology*, 14.
78. Stone, K., Poquiz, J., Singh, M., & Fite, P. (2021). Examining Incremental Validity of Dimensions of Alexithymia and Parental Psychological Control on Internalizing Symptoms of Youth Involved with the Juvenile Justice System. *Child & Youth Care Forum*, 51, 219–235.
79. Sugawara, A., Katsunuma, R., Terasawa, Y., & Sekiguchi, A. (2024). Interoceptive training impacts the neural circuit of the anterior insula cortex. *Translational Psychiatry*, 14.
80. Tan, Y., An, X., Cao, M., & Van Den Bergh, O. (2024). Somatosensory Amplification Scale–Chinese version: psychometric properties and its mediating role in the relationship between alexithymia and somatization. *Frontiers in Psychology*, 15.
81. Terasawa, Y., Oba, K., Motomura, Y., Katsunuma, R., Murakami, H., & Moriguchi, Y. (2021). Paradoxical somatic information processing for interoception and anxiety in alexithymia. *The European Journal of Neuroscience*, 54, 8052 – 8068.
82. Van Assche, M., Simioni, S., Pascal, V., Sander, D., Schlupe, M., & Vuilleumier, P. (2021). Neuroimaging of emotional dysregulation in multiple sclerosis: relationship with alexithymia. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*.

83. Vig, L., Köteles, F., & Ferentzi, E. (2022). Questionnaires of interoception do not assess the same construct. *PLoS ONE*, 17.
84. Vinni, E., Karaivazoglou, K., Lourida, T., Kalogeropoulou, M., Tourkochristou, E., Tsounis, E., Lampropoulou, E., Theocharis, G., Thomopoulos, K., Gourzis, P., & Triantos, C. (2021). P194 Alexithymia traits are associated with symptom severity and disease activity in IBD patients. *Journal of Crohn's and Colitis*, 15.
85. Von Schoenhueb, D., Boecking, B., & Mazurek, B. (2023). Alexithymia in Patients with Somatization Difficulties and Tinnitus–Related Distress: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 12.
86. Wei, D., Liu, Y., Zhuang, K., Lv, J., Meng, J., Sun, J., Chen, Q., Yang, W., & Qiu, J. (2020). Brain Structures Associated With Individual Differences in Somatic Symptoms and Emotional Distress in a Healthy Sample. *Frontiers in Human Neuroscience*, 14.
87. Wiśniewski, P., Jakubczyk, A., Trucco, E., Kobylinski, P., Suszek, H., Zaorska, J., Rydzewska, M., & Kopera, M. (2023). Interoception, alexithymia, and anxiety among individuals with alcohol use disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 14.
88. Wolters, C., Gerlach, A., & Pohl, A. (2022). Interoceptive accuracy and bias in somatic symptom disorder, illness anxiety disorder, and functional syndromes: A systematic review and meta–analysis. *PLoS ONE*, 15–17.
89. Xu, L., Shi, J., & Li, C. (2024). Addressing psychosomatic symptom distress with mindfulness–based cognitive therapy in somatic symptom disorder: mediating effects of self–compassion and alexithymia. *Frontiers in Psychiatry*, 15.
90. Zhao, H., Zhou, M., Liu, Y., Jiang, J., & Wang, Y. (2023). Recent advances in anxiety disorders: Focus on animal models and pathological mechanisms. *Animal Models and Experimental Medicine*, 6, 559 – 572

91. Zdankiewicz-Ścigała, E., Ścigała, D., Sikora, J., Kwaterniak, W., & Longobardi, C. (2021). Relationship between interoceptive sensibility and somatoform disorders in adults with autism spectrum traits. The mediating role of alexithymia and emotional dysregulation. *PLoS ONE*, 16.

## ДОДАТКИ

Додаток А

### **«Шкала генералізованої тривоги» (GAD-7)**

*Перелік питань:*

1. Ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені
2. Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання
3. Ви занадто хвилювались через різні речі
4. Вам було важко розслабитись
5. Ви були настільки неспокійні, що Вам було важко всидіти на одному місці
6. Вам було легко дошкулити або роздратувати
7. Ви відчували страх, неначе щось жахливе може статися

**«Шкала тривоги Бека» (BAI)***Перелік питань:*

1. Відчуття оніміння та поколювання в тілі
2. Відчуття жару
3. Тремтіння в ногах
4. Неможливість розслабитись
5. Страх, що станеться найгірше
6. Головокружіння
7. Прискорене серцебиття
8. Нестійкість, нестабільність
9. Відчуття жаху, це кінець
10. Дратівливість
11. Тремтіння в руках
12. Відчуття задухи
13. Нерівна хода
14. Страх втрати контролю
15. Труднощі з диханням
16. Страх смерті
17. Переляк
18. Шлунково–кишкові розлади
19. Непритомність
20. Прилив крові до обличчя
21. Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою)

**«Торонтський опитувальник алекситимії» (TAS–20)***Перелік питань:*

1. Я часто не розумію, яку емоцію відчуваю
2. Мені важко знайти правильні слова, щоб описати свої почуття
3. У мене є фізичні відчуття, які навіть лікарі не розуміють
4. Я можу легко описати свої почуття
5. Я волію аналізувати проблеми, а не просто їх описувати
6. Коли я засмучуюсь, я не знаю, що відчуваю: смуток, страх чи злість
7. Мене часто спантеличують відчуття в тілі
8. Я вважаю за краще просто дозволяти речам відбуватися, аніж розуміти, чому все сталося саме так
9. У мене є почуття, які я не можу точно визначити
10. Важливо дослухатися до почуттів
11. Мені важко описати, як я ставлюся до людей
12. Інші люди просять мене більше описувати свої почуття
13. Я не знаю, що відбувається в моєму внутрішньому світі
14. Я часто не знаю, чому серджуся
15. Мені краще говорити з людьми про їхні повсякденні справи, ніж про почуття
16. Я надаю перевагу «легким» розважальним шоу, а не психологічним драмам
17. Мені важко говорити про потаємні почуття навіть з близькими друзями
18. Я можу відчувти близькість з іншою людиною, навіть коли ми мовчимо
19. Я вважаю, що аналіз власних почуттів є корисним у вирішенні особистих проблем
20. Пошук прихованого сенсу в фільмах чи виставах відволікає від насолоди ними

**«Опитувальник тілесних відчуттів» (BPQ–SF)***Перелік питань:*

1. Я частіше ковтаю
2. Хочу прокашлятися, щоб очистити горло
3. У мене сухість у роті
4. Моє дихання пришвидшується
5. У мене сльозяться очі
6. У мене бурчання у шлунку
7. Моє тіло або його частини набрякають
8. Маю бажання спорожнити кишечник
9. Відчуваю зростання м'язової напруги в кінцівках
10. Відчуваю роздутість через надмірне вживання води
11. Відчуваю напругу м'язів обличчя
12. Відчуваю мурашки по шкірі
13. Відчуваю болі в шлунку та кишечнику
14. Відчуваю розтягнення або здуття шлунку
15. Мої долоні пітніють
16. Моє чоло пітніє
17. Мої губи тремтять
18. Мої пахви пітніють
19. Моє обличчя «горить» (особливо вуха)
20. Скрегочу зубами
21. Відчуваю знервованість
22. У мене «волосся стає дибки»
23. Мені важко сконцентруватися
24. Хочу ковтати
25. Моє серце б'ється сильніше
26. Маю відчуття закрепу
27. Я маю труднощі з координацією дихання та вживанням їжі
28. Коли я їм, мені складно говорити
29. Часто моє серце б'ється нерівномірно
30. Коли я їм, їжа відчувається сухою і дряпає мій рот і горло
31. Я відчуваю задишку
32. Я маю труднощі з координацією дихання з розмовами (коли розмовляю)
33. Коли я їм, мені складно координувати ковтання, жування та/чи смоктання і дихання
34. Я постійно кашляю, коли говорю або їм
35. Моя ротова порожнина наповнена слиною
36. Я маю біль у грудях
37. Я відчуваю «ком» у горлі, коли їм

38. Коли я розмовляю, я часто відчуваю, що повинен прокашлятися або проковтнути слину

39. Коли я дихаю, я відчуваю, що мені бракує кисню

40. Мені складно контролювати очі

41. Мене нудить

42. Я маю високий рівень кислотності шлунку

43. Я страждаю закрепами

44. У мене розлад шлунку

45. Після вживання їжі у мене є проблеми з травленням

46. У мене діарея

**«Опитувальник здоров'я пацієнта» (PHQ–15)**

*Перелік питань:*

1. Біль у животі
2. Біль у спині
3. Біль у руках, ногах, суглобах
4. Менструальні болі або інші проблеми з менструаціями (ЛИШЕ ДЛЯ ЖІНОК)
5. Головний біль
6. Біль у грудях
7. Запаморочення
8. Непритомність
9. Відчуття, немов серце вистрибує з грудей
10. Задишка
11. Біль або проблеми під час статевого акту
12. Запор, пронос або діарея
13. Нудота, гази або розлад шлунка
14. Почуття втоми або нестачі енергії
15. Проблеми зі сном

**Перевірка нормальності розподілу за допомогою критерія Шапіро–  
Уїлка**

	Median	Shapiro–Wilk	
		W	p
Генералізована тривога	8	0.975	0.016
Загальна тривога	14	0.939	< .001
Труднощі з ідентифікацією почуттів	15	0.950	< .001
Труднощі з описом почуттів	11	0.962	< .001
Зовнішньоорієнтоване мислення	8	0.960	< .001
Алекситимія	43	0.967	0.002
Тілесна усвідомленість	60	0.831	< .001
Реактивність автономної системи над діафрагмою	22	0.924	< .001
Реактивність автономної системи під діафрагмою	10	0.941	< .001
Загальна реактивність автономної системи	34	0.951	<.001
Соматичні скарги	11	0.989	0.384

## Перевірка надійності за допомогою критерія альфа–Кронбаха (GAD–7)

### Scale Reliability Statistics

<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>	
scale	0.836

### Item Reliability Statistics

	<b>If item dropped</b>
	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>
1. Ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені	0.803
2. Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання	0.804
3. Ви занадто хвилювались через різні речі	0.800
4. Вам було важко розслабитись	0.815
5. Ви були настільки неспокійні, що Вам було важко всидіти на одному місці	0.807
6. Вам було легко дошкулити або роздратувати	0.848
7. Ви відчували страх, неначе щось жахливе може статися	0.816

## Перевірка надійності за допомогою критерія альфа–Кронбаха (BAI)

### Scale Reliability Statistics

Cronbach's $\alpha$	
scale	0.911

### Item Reliability Statistics

	If item dropped Cronbach's $\alpha$
1. Відчуття оніміння та поколювання в тілі	0.909
2. Відчуття жару	0.910
3. Тремтіння в ногах	0.906
4. Неможливість розслабитись	0.905
5. Страх, що станеться найгірше	0.905
6. Головокружіння	0.910
7. Прискорене серцебиття	0.906
8. Нестійкість, нестабільність	0.905
9. Відчуття жаху, це кінець	0.903
10. Дратівливість	0.911
11. Тремтіння в руках	0.906
12. Відчуття задухи	0.905
13. Нерівна хода	0.908
14. Страх втрати контролю	0.904
15. Труднощі з диханням	0.904
16. Страх смерті	0.907
17. Переляк	0.906
18. Шлунково–кишкові розлади	0.912
19. Непритомність	0.911
20. Прилив крові до обличчя	0.910
21. Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою)	0.908

## Перевірка надійності за допомогою критерія альфа–Кронбаха (TAS–20)

### Scale Reliability Statistics

	Cronbach's $\alpha$
scale	0.735

Note. items '4. Я можу легко описати свої почуття', '5. Я волію аналізувати проблеми, а не просто їх описувати', '10. Важливо дослухатися до почуттів', '18. Я можу відчутти близькість з іншою людиною, навіть коли ми мовчимо', and '19. Я вважаю, що аналіз власних почуттів є корисним у вирішенні особистих проблем' correlate negatively with the total scale and probably should be reversed

### Item Reliability Statistics

	If item dropped Cronbach's $\alpha$
1. Я часто не розумію, яку емоцію відчуваю	0.711
2. Мені важко знайти правильні слова, щоб описати свої почуття	0.704
3. У мене є фізичні відчуття, які навіть лікарі не розуміють	0.708
4. Я можу легко описати свої почуття	0.763
5. Я волію аналізувати проблеми, а не просто їх описувати	0.761
6. Коли я засмучуюсь, я не знаю, що відчуваю: смуток, страх чи злість	0.711
7. Мене часто спантеличують відчуття в тілі	0.703
8. Я вважаю за краще просто дозволяти речам відбуватися, аніж розуміти, чому все сталося саме так	0.728
9. У мене є почуття, які я не можу точно визначити	0.704
10. Важливо дослухатися до почуттів	0.750
11. Мені важко описати, як я ставлюся до людей	0.707
12. Інші люди просять мене більше описувати свої почуття	0.721
13. Я не знаю, що відбувається в моєму внутрішньому світі	0.695
14. Я часто не знаю, чому серджуся	0.708
15. Мені краще говорити з людьми про їхні повсякденні справи, ніж про почуття	0.716
16. Я надаю перевагу «легким» розважальним шоу, а не психологічним драмам	0.725
17. Мені важко говорити про потаємні почуття навіть з близькими друзями	0.718
18. Я можу відчутти близькість з іншою людиною, навіть коли ми мовчимо	0.750
19. Я вважаю, що аналіз власних почуттів є корисним у вирішенні особистих проблем	0.753
20. Пошук прихованого сенсу в фільмах чи виставах відволікає від насолоди ними	0.723

## Перевірка надійності за допомогою критерія альфа–Кронбаха (BPO–SF)

### Scale Reliability Statistics

Cronbach's $\alpha$	
scale	0.940

### Item Reliability Statistics

	If item dropped Cronbach's $\alpha$
1. Я частіше ковтаю	0.939
2. Хочу прокашлятися, щоб очистити горло	0.939
3. У мене сухість у роті	0.939
4. Моє дихання пришвидшується	0.937
5. У мене сльозяться очі	0.939
6. У мене бурчання у шлунку	0.938
7. Моє тіло або його частини набрякають	0.938
8. Маю бажання спорожнити кишечник	0.938
9. Відчуваю зростання м'язової напруги в кінцівках	0.938
10. Відчуваю роздутість через надмірне вживання води	0.937
11. Відчуваю напругу м'язів обличчя	0.938
12. Відчуваю мурашки по шкірі	0.938
13. Відчуваю болі в шлунку та кишечнику	0.937
14. Відчуваю розтягнення або здуття шлунку	0.938
15. Мої долоні пітніють	0.938
16. Моє чоло пітніє	0.938
17. Мої губи тремтять	0.938
18. Мої пахви пітніють	0.938
19. Моє обличчя «горить» (особливо вуха)	0.938
20. Скрегочу зубами	0.939
21. Відчуваю знервованість	0.938
22. У мене «волосся стає дибки»	0.938
23. Мені важко сконцентруватися	0.938
24. Хочу ковтати	0.938
25. Моє серце б'ється сильніше	0.938
26. Маю відчуття закрепу	0.938
27. Я маю труднощі з координацією дихання та вживанням їжі	0.938
28. Коли я їм, мені складно говорити	0.940
29. Часто моє серце б'ється нерівномірно	0.939
30. Коли я їм, їжа відчувається сухою і дряпає мій рот і горло	0.939
31. Я відчуваю задишку	0.938
32. Я маю труднощі з координацією дихання з розмовами (коли розмовляю)	0.939
33. Коли я їм, мені складно координувати ковтання, жування та/чи смоктання і дихання	0.939
34. Я постійно кашляю, коли говорю або їм	0.939
35. Моя ротова порожнина наповнена слиною	0.939

## Item Reliability Statistics

	If item dropped
	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>
36. Я маю біль у грудях	0.939
37. Я відчуваю «ком» у горлі, коли їм	0.939
38. Коли я розмовляю, я часто відчуваю, що повинен прокашлятися або проковтнути слину	0.939
39. Коли я дихаю, я відчуваю, що мені бракує кисню	0.939
40. Мені складно контролювати очі	0.940
41. Мене нудить	0.939
42. Я маю високий рівень кислотності шлунку	0.939
43. Я страждаю закрепами	0.939
44. У мене розлад шлунку	0.939
45. Після вживання їжі у мене є проблеми з травленням	0.938
46. У мене діарея	0.939

## Перевірка надійності за допомогою критерія альфа–Кронбаха (PHQ– 15)

### Scale Reliability Statistics

<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>	
scale	0.823

### Item Reliability Statistics

	<b>If item dropped Cronbach's <math>\alpha</math></b>
1. Біль у животі	0.804
2. Біль у спині	0.820
3. Біль у руках, ногах, суглобах	0.816
4. Менструальні болі або інші проблеми з менструаціями (ЛИШЕ ДЛЯ ЖІНОК)	0.818
5. Головний біль	0.807
6. Біль у грудях	0.817
7. Запаморочення	0.816
8. Непритомність	0.822
9. Відчуття, немов серце вистрибує з грудей	0.809
10. Задишка	0.811
11. Біль або проблеми під час статевого акту	0.818
12. Запор, пронос або діарея	0.813
13. Нудота, гази або розлад шлунка	0.802
14. Почуття втоми або нестачі енергії	0.809
15. Проблеми зі сном	0.813