

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

факультет здоров'я людини
кафедра психології та соціології

Несчетна С. В.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
**ОСОБЛИВОСТІ ПОДОЛАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ
ЗАСОБАМИ ПОЗИТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ**

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

Факультет _____ здоров'я людини _____

Кафедра _____
(повне найменування інституту, факультету)
психології та соціології _____

(повна назва кафедри)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему: «Особливості подолання психосоматичних порушень засобами
позитивної психотерапії»

Здобувачка вищої освіти спеціальності 053 Психологія,
ОПП «Психологія», групи ПС-241зм

С. В. Несчетна

Керівник роботи: доцент кафедри психології
та соціології, к. психол. н., доц.

Н. М. Бугайова

Рецензент:
завідувачка кафедри соціальної психології
Карпатського національного університету
імені Василя Стефаника
МОН України (м. Івано-Франківськ)
д. психол. н., проф.

Л. С. Пілецька

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет _____ здоров'я людини _____
Кафедра _____ психології та соціології _____
Освітній ступінь _____ магістр _____
Спеціальність _____ 053 Психологія _____
Освітньо-професійна програма _____ «Психологія» _____

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Завідувачка кафедри
психології та соціології
Бохонкова Ю.О.

“03” вересня 2025 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
Несчетної Світлани Вікторівни

1. Тема роботи: «Особливості подолання психосоматичних порушень засобами позитивної психотерапії».

Керівник роботи: Н. М. Бугайова – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології, затверджений наказом по університету від «02» вересня 2025 року, № 141/15.04

2. Строк подання студентом роботи до захисту «10» грудня 2025 року.

3. Вихідні дані до роботи: обсяг роботи – 127 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури оформлюється згідно з бібліографічними нормами з урахуванням Національного стандарту України ДСТУ 8302:2015.

4. Зміст основної частини (перелік питань, які потрібно розробити): проаналізувати наукові джерела з зазначеної тематики; підібрати діагностичний інструментарій згідно проблеми дослідження; на основі проведеного констатувального експерименту розробити й апробувати програму соціально-психологічного тренінгу. Провести формувальний експеримент. Ефективність проведеного експерименту оцінити за допомогою математичних методів оцінки значущості відмінностей середніх величин.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): таблиці, рисунки (гістограми, діаграми, сегментограми, графіки)

6. Консультанти розділів:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1.	Бугайова Н. М. – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології СНУ ім. В. Даля	04.09.2025р.	16.10.2025р.
2.	Бугайова Н. М. – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології СНУ ім. В. Даля	17.10.2025 р.	24.10.2025 р.
3.	Бугайова Н. М. – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології СНУ ім. В. Даля	25.10.2025р.	03.11.2025р.

7. Дата видачі завдання: «03» вересня 2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Визначення проблеми, завдань дослідження та розроблення плану кваліфікаційної роботи.	04.09.2025 р. – 07.09.2025 р.	
2	Аналіз літератури за проблемою. Систематичний аналіз наукових джерел. Структурування огляду літератури. Робота над теоретичною частиною дослідження.	08.09.2025 р. – 16.10.2025 р.	
3	Узагальнення результатів констатувального експерименту.	17.10.2025 р. – 24.10.2025 р.	
4	Розробка та апробація програми соціально-психологічного тренінгу.	25.10.2025 р. – 31.10.2025 р.	
5	Обробка, графічне оформлення та психологічний аналіз результатів формувального експерименту та оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою методів математичної статистики	14.11.2025 р. – 03.11.2025 р.	
6	Узагальнення наукових фактів, написання висновків за результатами проведення дослідження. Технічне оформлення роботи.	04.11.2025 р. – 08.12.2025 р.	
7	Попередній захист роботи	09.12.2025 р. – 10.12.2025 р.	
8	Представлення роботи на зовнішню рецензію.	11.12.2025 р. – 14.12.2025 р.	
9	Перевірка роботи на академічний плагіат.	15.12.2025 р. – 17.12.2025 р.	
10	Підготовка кваліфікаційної роботи до захисту.	18.12.2025 р. – 21.12.2025 р.	
11	Захист кваліфікаційної роботи.	22.12.2025 р. – 27.12.2025 р.	

Здобувачка вищої освіти

Несчетна С. В.

Керівник роботи:

к. психол. н., доц.

Бугайова Н. М.

РЕФЕРАТ

Текст – 127 с., рис. – 11, табл. – 38, літератури – 84 дж., додатків – 5

У кваліфікаційній роботі представлено теоретично-методологічні основи вивчення проблеми психосоматичних порушень та їх подолання засобами позитивної психотерапії.

Розглянуто психологічні особливості формування психосоматичних порушень, механізми взаємодії психічних і фізіологічних факторів у їх виникненні. Описано вплив психосоматичних порушень на особистість, зокрема на емоційну, когнітивну, поведінкову та соціальну сфери функціонування. Охарактеризовано соціально-психологічні чинники формування психосоматичних порушень, включаючи хронічний стрес, алекситимію, негативні афективні стани, дезадаптивні копінг-стратегії та дефіцит соціальної підтримки.

Проведено констатувальний експеримент і виявлено рівні алекситимії, депресії, тривоги та стресу, особливості використання копінг-стратегій та ступінь вираженості соматизації у досліджуваних. Експериментально досліджено взаємозв'язок між психологічними характеристиками та психосоматичними проявами.

Розроблено та апробовано програму соціально-психологічного тренінгу щодо подолання психосоматичних порушень на основі принципів позитивної психотерапії. Статистично підтверджено ефективність програми за допомогою t-критерію Стюдент.

Ключові слова: АЛЕКСИТИМІЯ, БАЛАНС СФЕР ЖИТТЯ, ЕМОЦІЙНА РЕГУЛЯЦІЯ, КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ, ПОЗИТИВНА ПСИХОТЕРАПІЯ, ПСИХОСОМАТИЧНІ ПОРУШЕННЯ, СОМАТИЗАЦІЯ, СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТРЕНІНГ, СТРЕС, ТРИВОГА.

ABSTRACT

Neschethna S. V. Features of overcoming psychosomatic disorders through positive psychotherapy. Qualification work. Kyiv, 2025.

The qualification work presents theoretical and methodological foundations for studying the problem of psychosomatic disorders and their overcoming through positive psychotherapy.

The psychological features of psychosomatic disorders formation and mechanisms of interaction between mental and physiological factors in their occurrence are examined. The impact of psychosomatic disorders on personality, particularly on emotional, cognitive, behavioral and social functioning spheres, is described. The social-psychological factors of psychosomatic disorders formation are characterized, including chronic stress, alexithymia, negative affective states, maladaptive coping strategies and lack of social support.

A констатувальний experiment was conducted and levels of alexithymia, depression, anxiety and stress, features of coping strategies use and degree of somatization severity among participants were identified. The relationship between psychological characteristics and psychosomatic manifestations was experimentally investigated.

A social-psychological training program for overcoming psychosomatic disorders based on principles of positive psychotherapy was developed and tested. The effectiveness of the program was statistically confirmed using Student's t-test.

Keywords: ALEXITHYMIA, ANXIETY, COPING STRATEGIES, DEPRESSION, EMOTIONAL REGULATION, LIFE SPHERES BALANCE, POSITIVE PSYCHOTHERAPY, PSYCHOSOMATIC DISORDERS, SOMATIZATION, STRESS.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ	12
1.1. Аналіз проблеми психосоматичних порушень у наукових джерелах	12
1.2. Психосоматичні порушення як результат взаємодії психічних і фізіологічних факторів	19
1.3. Вплив психосоматичних порушень на особистість	23
Висновки до розділу 1	28
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ОСОБИСТОСТІ	30
2.1. Соціально-психологічні чинники формування психосоматичних порушень особистості	30
2.2. Дослідження прояву психосоматичних порушень особистості	34
2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту	42
Висновки до розділу 2	55
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ПОДОЛАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ЗАСОБАМИ ПОЗИТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ	57
3.1. Позитивна психотерапія як ресурсо-фокусований метод	57
3.2. Програма соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання психосоматичних порушень	62
3.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів формувального експерименту	95
3.4. Оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою t-критерію Стьюдента	109
Висновки до розділу 3	118
ВИСНОВКИ	121
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	125
ДОДАТКИ	135

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. В умовах воєнного стану в Україні проблема набула критичної гостроти. Хронічний стрес війни, втрата близьких, руйнування звичного способу життя, вимушене переміщення створюють надмірне навантаження на психологічні ресурси, що закономірно трансформується у психосоматичні прояви. Водночас система психологічної допомоги стикається з дефіцитом доказових, структурованих програм роботи з психосоматичними порушеннями.

Психосоматичні порушення проявляються у вигляді головних болів, серцево-судинних розладів, шлунково-кишкових порушень, хронічної втоми, больових синдромів, порушень сну та інших тілесних симптомів, які не мають органічної основи або значно перевищують очікувану реакцію на наявне соматичне захворювання.

Існує значний розрив між поширеністю психосоматичних порушень та ефективністю їх подолання: традиційний підхід, орієнтований на усунення симптомів, часто не забезпечує стійкого результату, оскільки не враховує психологічні механізми формування розладів. Водночас недостатньо розроблені практичні програми психологічної допомоги, які б інтегрували роботу з тілесними симптомами та психологічними ресурсами особистості. Позитивна психотерапія як ресурсно-орієнтований підхід залишається недостатньо впровадженою у вітчизняну практику роботи з психосоматичними проявами, хоча її принципи (фокус на можливостях, а не на патології, врахування культурного контексту, розгляд симптому як адаптивної реакції) є особливо релевантними для сучасних українських реалій.

Позитивна психотерапія має переваги для роботи з психосоматикою: фокус на ресурсах замість патології, розгляд симптому як адаптивного сигналу про потреби, можливість онлайн-формату. Однак бракує емпірично перевірених програм застосування цього методу для подолання психосоматичних порушень в українському контексті.

Таким чином, існує потреба у розробці та апробації програми подолання психосоматичних порушень, яка б поєднувала доказову ефективність із ресурсно-орієнтованим підходом позитивної психотерапії.

Актуальність означеної проблеми та її соціальна і практична значущість зумовили вибір теми дослідження «Особливості подолання психосоматичних порушень засобами позитивної психотерапії».

Об'єкт дослідження – психосоматичні порушення особистості.

Предмет дослідження – особливості подолання психосоматичних порушень засобами позитивної психотерапії.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному дослідженні особливостей подолання психосоматичних порушень засобами позитивної психотерапії.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретико-методологічний аналіз проблеми психосоматичних порушень у сучасних наукових джерелах та визначити основні підходи до її розуміння.
2. Виокремити соціально-психологічні чинники формування психосоматичних порушень особистості.
3. Дослідити особливості прояву психосоматичних порушень особистості.
4. Здійснити психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту.
5. Розробити та апробувати програму соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання психосоматичних порушень засобами позитивної психотерапії.
6. Здійснити психологічний та статистичний аналіз результатів формувального експерименту
7. Оцінити ефективність розробленої програми за допомогою статистичних методів обробки даних.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять: принципи системного та інтегративного підходів у психології (С. Д. Максименко,

В. А. Роменець та ін.); концепції цілісності людської особистості та біопсихосоціального підходу до здоров'я (Дж. Енгель, С. Д. Максименко, В. О. Татенко та ін.); теоретичні положення психосоматичної медицини та психоаналітичні концепції (Ф. Александер, Ф. Данбар, З. Фройд та ін.); концепції стресу, адаптації та емоційної регуляції (А. Бек, А. Елліс, Р. Лазарус, Г. Сельє та ін.); концептуальні засади позитивної психотерапії та транскультурного підходу (Н. Пезешкіан, Х. Пезешкіан); вітчизняні дослідження психосоматичних процесів та їх особливостей в українському соціокультурному контексті (Ю. А. Агачева, Н. Бамбурак, Н. І. Волошко, В. Й. Бочелюк, В. П. Жукотанська, М. О. Клименко, М. С. Компанович, Н. О. Марута, М. М. Орос, Г. А. Оцабрік, М. С. Панов, Ю. В. Панасюк, А. Фрадинська, О. А. Червинська, А. М. Шевчук, Л. С. Шелег та ін.); роботи з позитивної психотерапії українських науковців та її адаптації до вітчизняних умов (І. Гордієнко-Митрофанова, О. Лазорко, О. Лесик, Л. Москаленко, М. І. Мушкевич, О. Ніздрань-Федорович, Н. Ордатій, Л. З. Сердюк, О. А. Чиханцова та ін.); принципи групової психотерапії, соціально-психологічного тренінгу та психологічного супроводу особистості (С. Кузікова, Т. С. Яценко та ін.); теоретичні положення медичної психології та психології здоров'я (І. В. Мельничук, С. Д. Максименко, Я. В. Руденко та ін.).

Методи (методики) дослідження:

- теоретичні: аналіз, синтез, порівняння та узагальнення сучасної наукової літератури з проблеми вивчення;
- емпіричні: спостереження, експеримент (констатувальний, формувальний), бесіда, тестування (методика «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS-20, Toronto Alexithymia Scale); методика «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42, Depression, Anxiety and Stress Scale); методика «Індикатор копінг-стратегій» Д. Амірхана (CSI, Coping Strategy Indicator); методика «Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15, Patient Health Questionnaire - Somatic Symptoms);

– методи математичної статистики із їх подальшою якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням: t-критерій Стюдента для залежних вибірок.

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що:

- встановлено взаємозв'язки між рівнем алекситимії, емоційними станами, копінг-стратегіями та вираженістю соматичних симптомів;
- виявлено механізми впливу позитивної психотерапії на зниження психосоматичної симптоматики через активізацію внутрішніх ресурсів особистості;
- розроблено та апробовано програму соціально-психологічного тренінгу з подолання психосоматичних порушень засобами позитивної психотерапії.

Теоретичне значення дослідження полягає у розширенні наукових уявлень про механізми формування та подолання психосоматичних порушень через систематизації соціально-психологічних чинників психосоматичних порушень (алекситимія, хронічний стрес, негативні афективні стани, дезадаптивні копінг-стратегії, дефіцит соціальної підтримки) та розкритті їх взаємодії; обґрунтуванні теоретичних засад та механізмів впливу позитивної психотерапії на психосоматичні прояви через розвиток емоційної компетентності, когнітивне реструктурування, формування адаптивних копінг-стратегій, відновлення балансу чотирьох сфер життя.

Практичне значення дослідження визначається розробкою та апробацією програми соціально-психологічного тренінгу, яка може використовуватися: практичними психологами у роботі з психосоматичними проявами; психологічними службами закладів охорони здоров'я; психологами підприємств для профілактики професійного вигорання; центрами психологічної допомоги в умовах воєнного стану; громадськими організаціями у роботі з ВПО та учасниками бойових дій.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ

1.1. Аналіз проблеми психосоматичних порушень у наукових джерелах

Проблема психосоматичних порушень посідає одне з центральних місць в сучасній психологічній науці та практиці, адже вона торкається однієї з найскладніших загадок людської природи – взаємозв'язку між психічними процесами та тілесними проявами. У різні епохи людство намагалося зрозуміти, чому душевні переживання можуть викликати фізичні симптоми, а тілесні недуги впливати на емоційний стан. Сьогодні ця проблематика набуває особливої актуальності в контексті зростаючого рівня стресу в суспільстві, пандемічних викликів та воєнних конфліктів, які змушують переосмислювати традиційні підходи до розуміння здоров'я людини.

Історичні витоки сучасного розуміння психосоматичних порушень сягають класичних психоаналітичних концепцій початку ХХ століття. Засновник психоаналізу Зігмунд Фройд першим запропонував концепцію конверсії, згідно з якою несвідомі психічні конфлікти можуть трансформуватися у фізичні симптоми. Він описував механізм, за яким витіснені емоції та забуті травматичні переживання знаходять вихід через тіло, формуючи конверсійні розлади [80].

Американський психоаналітик Франц Александер розвинув ці ідеї, створивши теорію специфічності органів. Він стверджував, що певні несвідомі конфлікти призводять до ураження конкретних органів та систем. Александер виділив групу класичних психосоматичних захворювань, пов'язавши певні несвідомі конфлікти з ураженням конкретних органів та систем [54].

Флендерс Данбар запропонувала концепцію психосоматичної специфічності, пов'язавши типи особистості зі схильністю до певних соматичних захворювань. Її дослідження показали, що люди з різними

характерологічними особливостями мають різну вразливість до конкретних психосоматичних розладів [77].

Канадський вчений Ганс Сельє розробив концепцію загального адаптаційного синдрому та теорію стресу. Він описав три стадії стресової реакції: стадію тривоги, стадію резистентності та стадію виснаження. Сельє показав, що тривалий стрес призводить до виснаження адаптивних ресурсів організму та розвитку різноманітних захворювань, включаючи психосоматичні розлади [60].

Американські психологи Аарон Бек та Альберт Елліс розробили когнітивні моделі, які пояснюють роль дисфункціональних думок та ірраціональних переконань у формуванні психосоматичних симптомів. Когнітивна модель демонструє, як катастрофічне мислення, гіперпильність до тілесних відчуттів та негативні автоматичні думки можуть посилювати соматичні прояви та підтримувати замкнуте коло психосоматичних порушень [3].

Фундаментальні праці М. Коломоєць та колег розкривають основні теоретичні підходи до розуміння психосоматичних явищ, серед яких виділяються психоаналітична, біхевіоральна, когнітивна та інтегративна концепції [20, с. 141]. Кожна з цих теорій зробила свій унікальний внесок у формування сучасного розуміння психосоматичних процесів (див. табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Основні теоретичні підходи до розуміння психосоматичних розладів [21]

Теоретичний підхід	Основні представники	Ключові положення	Механізми формування	Області застосування
Психоаналітичний	З. Фройд, Ф. Александер, Х. Данбар	Несвідомі конфлікти трансформуються в соматичні симптоми	Витіснення, конверсія, символізація, специфічність органів	Конверсійні розлади, класичні психосомати
Поведінковий	Дж. Вольпе, А. Бандура, Б. Скіннер	Соматичні симптоми як результат навченої поведінки	Класичне та оперантне обумовлювання, підкріплення	Фобії, тривожні розлади з соматичними проявами

Когнітивний	А. Бек, А. Елліс, Д. Бернс	Дисфункціональні думки та переконання впливають на тіло	Когнітивні спотворення, катастрофізація, румінації	Депресивні та тривожні розлади з соматизацією
Системний	М. Боуен, С. Мінухін, В. Сатір	Симптом як вираз дисфункції сімейної системи	Системні патерни взаємодії, гомеостаз сім'ї	Сімейна терапія психосоматичних розладів
Стресовий	Г. Сельє, Р. Лазарус	Стрес як основний чинник психосоматичних порушень	Активація симпто- адреналової системи	Стресові розлади, ПТСР
Інтегративний	Дж. Енгель, Б. ван дер Колк	Багатофакторна біопсихосоціальна модель	Біологічна вразливість + психосоціальні фактори	Комплексні програми реабілітації

Сучасне наукове розуміння психосоматичних порушень базується на фундаментальному принципі цілісності людської особистості. Праці О. А. Червинської розкривають сутність психосоматичного підходу як методології, що розглядає людину в єдності її психічних і соматичних проявів. Цей підхід кардинально відрізняється від традиційної медичної моделі, яка зазвичай розглядає психічні та фізичні симптоми як окремі явища [64].

Термін «психосоматичні розлади» має складну етимологію та різноманітні трактування у науковій літературі. За визначенням Н. Бамбурак, психосоматичні розлади являють собою групу захворювань, в основі яких лежить первинна психологічна дисфункція, що призводить до розвитку соматичних симптомів [6, с. 8].

Розвиваючи цю думку, українська науковиця Л. В. Спицька характеризує психосоматичні порушення як стани, при яких психічні фактори відіграють провідну роль у виникненні, перебігу або загостренні соматичного захворювання [58, с. 85].

Альтернативне визначення пропонує Н. І. Волошко, яка розглядає психосоматичні хвороби як результат впливу негативних психологічних факторів на організм людини, що проявляється у формі органічних або функціональних порушень. Такий підхід підкреслює причинно-наслідковий

зв'язок між психологічним станом та фізичними проявами, що є ключовим для розуміння механізмів формування даних порушень. Поглиблюючи це розуміння, науковці також виділяють функціональні психосоматичні синдроми, які включають різноманітні порушення діяльності організму без явних органічних змін [12].

Класифікація психосоматичних розладів залишається предметом активних наукових дискусій. Дослідження Л. С. Шелег демонструють складність систематизації цих порушень через їх багатоманітність та різноспрямованість проявів. Авторка виділяє декілька основних категорій психосоматичних розладів, що відрізняються за механізмами формування та клінічними особливостями. Згідно з міжнародними класифікаціями, психосоматичні розлади поділяються на конверсійні розлади, соматоформні розлади, класичні психосомати та функціональні соматичні синдроми [70, с. 315].

Вітчизняна вчена В. П. Жукотанська у своїх працях акцентує увагу на специфічних проявах психосоматичних розладів у сучасних умовах. Вона підкреслює, що характеристики цих порушень значною мірою залежать від соціокультурного контексту та актуальних стресових факторів, що впливають на конкретну популяцію. Особливо важливим є врахування культурних особливостей проявів психосоматичних симптомів, адже в різних культурах існують відмінні способи вираження емоційного дистресу через тілесні симптоми [15, с. 119].

Особливої уваги заслуговує аналіз емоційної складової психосоматичних захворювань. Дослідження М. С. Компанович розкривають роль емоційних переживань як основного медіатора між психічними процесами та соматичними проявами. Авторка демонструє, що порушення емоційної регуляції часто стає тригером для розвитку психосоматичної симптоматики [21, с. 53].

Розвиваючи цю лінію досліджень, Ю. В. Панасюк аналізує механізми впливу негативних емоцій на розвиток психосоматичних захворювань. Вчена показує, що хронічні негативні емоційні стани призводять до порушення

гомеостазу організму та створюють сприятливі умови для формування соматичних симптомів [47, с. 59].

Процес формування психосоматичних порушень можна схематично представити у вигляді багаторівневої моделі (див. рис. 1.1).

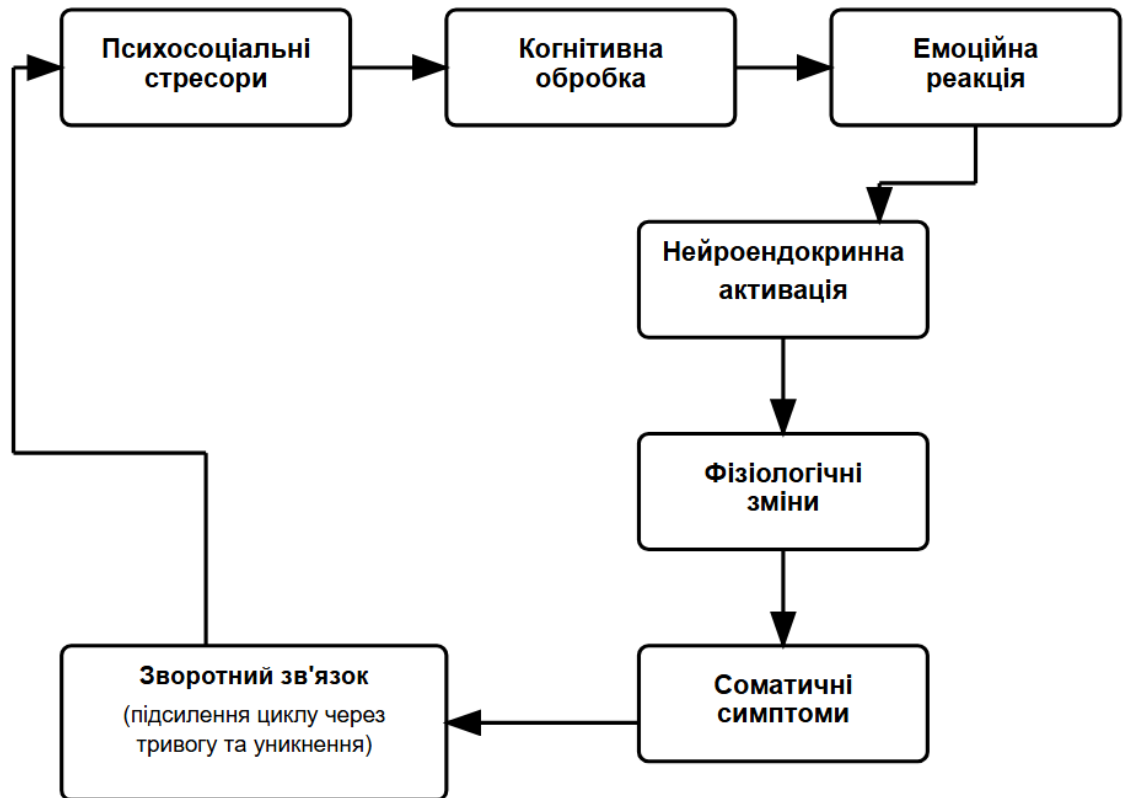


Рис. 1.1. Багаторівнева модель формування психосоматичних порушень
[15]

Важливим напрямом сучасних досліджень є вивчення стресу як провідного чинника розвитку психосоматичних захворювань. А. Фрадинська у своїх працях розглядає стрес як ключовий фактор, що запускає каскад психофізіологічних реакцій, які можуть призвести до формування стійких соматичних симптомів. Дослідниця підкреслює, що хронічний стрес порушує адаптивні механізми організму та створює передумови для розвитку різноманітних психосоматичних проявів. Концепція стресу, розроблена канадським вченим Г. Сельє, продовжує залишатися фундаментальною для розуміння психосоматичних процесів, хоча сучасні дослідження значно розширили та поглибили розуміння стресових механізмів [22; 60].

Сучасні українські науковці приділяють значну увагу вивченню психосоматичних порушень у контексті воєнного стресу та вимушеного переселення. Дослідження Н. О. Марута, Т. В. Панько та Г. Ю. Каленської розкривають специфічну структуру психопатологічних проявів у внутрішньо переміщених осіб. Автори демонструють, що травматичний досвід війни часто призводить до формування комплексних психосоматичних синдромів, що вимагають спеціальних терапевтичних підходів [32, с. 35].

Продовжуючи цю лінію досліджень, Ю. А. Агачева аналізує психосоматичні аспекти адаптації в умовах воєнного стресу. Вчена показує, що екстремальні умови життя призводять до порушення звичних механізмів психологічної адаптації та активації компенсаторних процесів, які можуть проявлятися через соматичну симптоматику [2, с. 15].

Міжнародні дослідження також внесли значний вклад у розуміння психосоматичних процесів. Зокрема, праці американської дослідниці Ф. Данбар заклали основи для розуміння зв'язку між типами особистості та схильністю до певних соматичних захворювань. Робота К. Бел та співавторів демонструє важливість оцінки взаємозв'язку між розумом та тілом для розуміння психосоматичних явищ. Автори розробили спеціальний інструментарій для вимірювання цього взаємозв'язку, що відкриває нові можливості для діагностики та терапії психосоматичних розладів [73].

Особливо актуальними стають дослідження, присвячені психосоматичним проявам у дітей та підлітків в умовах війни та вимушеного переселення. Ці роботи демонструють, що молоде покоління особливо вразливе до формування психосоматичних симптомів під впливом травматичних подій. Розуміння цих механізмів є критично важливим для розробки ефективних профілактичних та терапевтичних програм. Дослідження показують, що діти можуть проявляти психосоматичні симптоми у вигляді порушень сну, апетиту, шлунково-кишкових розладів та різноманітних больових синдромів [13].

Перспективним напрямом сучасних досліджень є вивчення ролі цінностей та смислових орієнтацій у формуванні психосоматичних захворювань. Праці Є. Л. Базики показують, що певні ціннісні орієнтації можуть виступати як

предиктори розвитку психосоматичних захворювань у студентської молоді. Це відкриває нові можливості для превентивної роботи через формування здорових ціннісних пріоритетів. Дослідниця виявила, що студенти з переважанням матеріальних цінностей над духовними демонструють більшу схильність до розвитку психосоматичних симптомів [5, с. 25].

Нейробіологічні аспекти психосоматичних порушень також привертають значну увагу дослідників. Сучасні нейровізуалізаційні методи дозволяють виявити специфічні зміни в роботі мозку при різних типах психосоматичних розладів. Зокрема, встановлено порушення функціонування лімбічної системи, префронтальної кори та інших структур, відповідальних за емоційну регуляцію та взаємодію між психікою та тілом [20].

Таким чином, аналіз проблеми психосоматичних порушень у сучасних наукових джерелах демонструє надзвичайну складність та багатогранність цього феномену, який перебуває на перетині психології, медицини, нейробіології та соціальних наук. Сучасні дослідження все більше схиляються до розуміння психосоматичних порушень як результату складної динамічної взаємодії біологічних, психологічних та соціокультурних факторів, що формують унікальний патерн симптомів у кожної конкретної особистості. Особливо важливим є врахування контекстуальних чинників, таких як культурні особливості, соціально-економічні умови та актуальні стресові події, які можуть кардинально впливати на прояви та перебіг психосоматичних розладів. Український досвід вивчення цієї проблематики в умовах воєнного конфлікту та соціальних трансформацій робить унікальний внесок у світову науку, розкриваючи нові грані взаємодії між психічним та соматичним у екстремальних умовах. Це створює міцне теоретико-методологічне підґрунтя для розробки більш ефективних, культурно-чутливих та індивідуалізованих методів діагностики, профілактики та терапії психосоматичних розладів.

1.2. Психосоматичні порушення як результат взаємодії психічних і фізіологічних факторів

Взаємодія між психікою та тілом людини являє собою один з найскладніших та найзахоплюючих феноменів, що привертає увагу дослідників протягом багатьох століть. Зв'язок між розумом і тілом настільки тісний, що важко розділити психічні та фізичні прояви. Емоційні переживання супроводжуються фізіологічними змінами: тахікардією, підвищеним потовиділенням, зміною частоти дихання. Це лише найочевидніші прояви складної взаємодії між нашими думками, почуттями та фізичними процесами. Психосоматичні порушення з'являються тоді, коли баланс між психікою та тілом порушується. Стрес і емоції можуть так сильно впливати на організм, що викликають справжні фізичні проблеми.

Українська дослідниця Т. Б. Хомуленко розглядає психосоматичний підхід як фундаментальну методологію розуміння людини в її цілісності [63]. Вона підкреслює, що психосоматичні процеси не є односпрямованими, а являють собою складну систему зворотних зв'язків між різними рівнями функціонування організму. Розвиваючи цю ідею, О. Сабадуха пропонує розуміння психосоматичних явищ як результат порушення природної гармонії між психічними та соматичними процесами [53].

Вітчизняна наука зробила значний внесок у розуміння біологічних основ психосоматичних процесів. Праці В. Й. Бочелюк та М. С. Панова демонструють, що психосоматичні розлади виникають у результаті порушення адаптивних механізмів організму під впливом хронічного стресу [9]. Автори підкреслюють роль вегетативної нервової системи як основного медіатора між психічними процесами та соматичними проявами. Канадський вчений Г. Сельє у своїх дослідженнях показав, що тривалий стрес призводить до виснаження адаптивних ресурсів організму та розвитку різноманітних захворювань. Його концепція загального адаптаційного синдрому залишається фундаментальною для розуміння психосоматичних розладів[20].

Психологічні фактори, що сприяють розвитку психосоматичних порушень, можна систематизувати за різними критеріями (див. табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Психологічні фактори розвитку психосоматичних порушень [33]

Група факторів	Конкретні прояви	Механізми дії	Соматичні наслідки
Емоційні	Хронічна тривога, депресія, гнів	Активація лімбічної системи	Серцево-судинні розлади
Когнітивні	Катастрофічне мислення, румінації	Порушення кіркової регуляції	Головні болі, безсоння
Поведінкові	Уникнення, соціальна ізоляція	Зниження активності	М'язові напруження
Особистісні	Перфекціонізм, невротизм	Хронічне перенапруження	Шлунково-кишкові розлади
Соціальні	Конфлікти, втрати	Порушення соціальної підтримки	Зниження імунітету

Вплив емоційних станів на фізіологічні процеси має свої специфічні особливості залежно від типу емоції та тривалості її переживання. Зокрема, праці Ю. В. Панасюк показують, що різні негативні емоції по-різному впливають на організм [47]. Гнів частіше призводить до серцево-судинних проблем, тривога пов'язана з дихальними розладами, а депресія може впливати на імунну систему та шлунково-кишковий тракт [14].

Динаміка розвитку психосоматичних порушень може бути представлена у вигляді поетапної схеми (див. рис. 1.2).

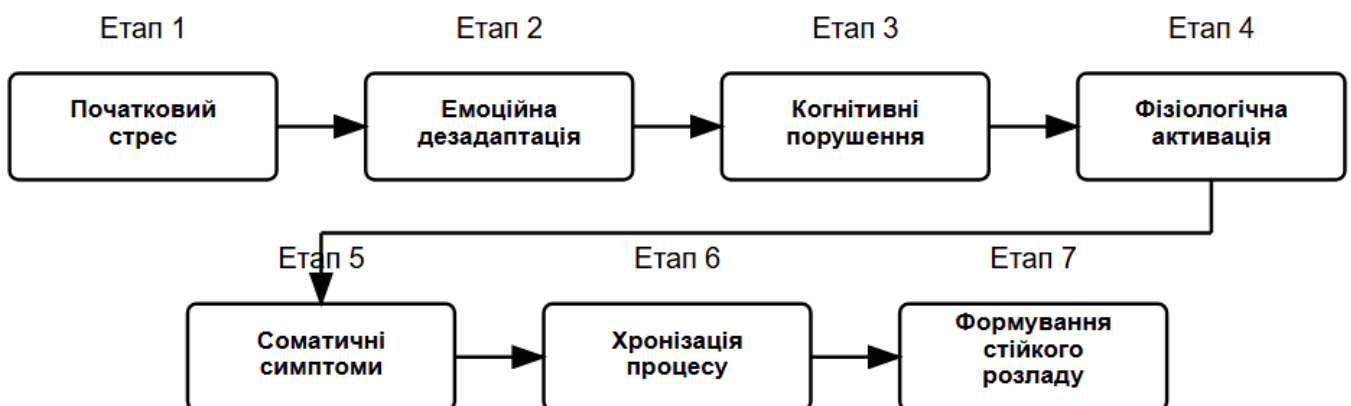


Рис. 1.2. Етапи розвитку психосоматичних порушень [60]

Роль індивідуальних особливостей у розвитку психосоматичних порушень є критично важливою та багатоаспектною. Дослідження М. О. Клименко демонструють, що люди з різними типами структури особистості по-різному схильні до соматизації [19]. Особи з високим рівнем невротизму, схильністю до тривожності та низькою стресостійкістю мають підвищений ризик розвитку психосоматичних симптомів. Британський науковець Р. Воррен у своїх дослідженнях підкреслює важливість самоспівчуття та емоційної стійкості як захисних факторів проти психосоматичних розладів [78]. Також значну роль відіграють темперамент, характер, особливості емоційної регуляції та копінг-стратегії, які використовує людина для подолання стресу [15].

Соціальні та культурні фактори також відіграють важливу роль у формуванні психосоматичних порушень, створюючи специфічний контекст для їх розвитку та прояву. Різні культури мають відмінні способи вираження емоційного дистресу, що може проявлятися через специфічні соматичні симптоми [12]. В українській культурі традиційно прийнято стримувати прояви негативних емоцій, що може сприяти їх соматизації та призводити до накопичення внутрішнього напруження [22]. Французький соціолог П. Бурд'є демонстрував, як соціальні норми та очікування можуть впливати на способи переживання та вираження психологічного дистресу [78]. Соціально-економічний статус, освітній рівень, професійна діяльність та сімейні стосунки також формують контекст, у якому розвиваються психосоматичні порушення.

Профілактичні підходи до попередження психосоматичних порушень базуються на розумінні їх багатофакторної природи та необхідності комплексного впливу на різні рівні функціонування людини. Ефективна профілактика повинна включати:

- 1) розвиток навичок емоційної регуляції та стресостійкості через навчання техніками релаксації та майндфулнес;
- 2) формування здорових когнітивних патернів та реалістичного мислення за допомогою когнітивно-поведінкових технік;

- 3) підтримку соціальних зв'язків та комунікативних навичок для забезпечення адекватної соціальної підтримки;
- 4) навчання техніками саморегуляції та управління стресом у повсякденному житті;
- 5) своєчасне звернення за психологічною допомогою при перших ознаках дистресу або формування симптомів [55].

Важливо також враховувати індивідуальні особливості людини та її життєвий контекст під час розробки профілактичних програм.

Сучасні нейровізуалізаційні дослідження відкривають нові перспективи розуміння психосоматичних процесів на рівні мозкових структур [55]. Ці дослідження виявили специфічні зміни активності мозкових структур у осіб з психосоматичними розладами, що пояснює механізми формування «соматичної пам'яті» про травматичні переживання [78]. Дослідження демонструють, що емоційна обробка інформації та соматичні відчуття мають спільні нейронні мережі, що пояснює механізми формування «соматичної пам'яті» про травматичні переживання [67].

Отже, психосоматичні порушення виникають через взаємодію психіки та тіла. Цей процес є дуже складним і має багато рівнів. Він впливає на різні аспекти життя людини. Розуміння психосоматичних процесів вимагає інтегративного підходу, який враховує біологічні особливості організму, психологічні характеристики особистості, соціальний контекст та культурні норми. Кожен з цих рівнів робить свій унікальний внесок у формування загальної картини психосоматичного розладу, створюючи індивідуальний патерн симптомів та їх перебігу. Важливо розуміти, що психосоматичні порушення не є просто «уявними» проблемами, а являють собою реальні фізичні прояви, що мають конкретні нейробіологічні та фізіологічні основи. Ця реальність симптомів поєднується з їх психологічним походженням, створюючи унікальну клінічну картину, яка вимагає спеціальних підходів до діагностики та лікування.

1.3. Вплив психосоматичних порушень на особистість

Психосоматичні порушення впливають не лише на фізичний стан людини, а й глибоко змінюють її особистість, торкаючись внутрішнього світу, самосприйняття, поведінки та взаємодії з оточуючими. Ці зміни можуть бути настільки значними, що близькі люди іноді не впізнають колишню особистість у тому, хто страждає від психосоматичних проявів. Психосоматичні розлади формують новий спосіб існування людини, змінюють її пріоритети, цінності та життєві стратегії, особливо в умовах хронічного стресу. Сучасні дослідження показують, що ця проблематика значно поглибилася після пандемії COVID-19, коли за даними ВООЗ число випадків тривожних розладів та депресії збільшилося на 25 відсотків у всьому світі [44]. В Україні ситуація набула критичної гостроти через повномасштабну війну, яка розпочалася у 2022 році. За даними Центру психічного здоров'я, психічні розлади мають близько 90% населення країни, а психосоматичні прояви стали повсякденною реальністю для мільйонів українців, які переживають травму війни, вимушене переміщення, втрату близьких та руйнування звичного способу життя [65].

Сучасна вітчизняна психологія активно досліджує питання трансформації особистості під впливом психосоматичних розладів. Дослідження Г. А. Оцабрік показують, що психосоматичні прояви значно знижують адаптаційний потенціал особистості, впливаючи на її здатність ефективно функціонувати в різних життєвих сферах [46, с. 78]. Авторка підкреслює, що найбільших змін зазнає самооцінка людини та її впевненість у власних силах. Ці зміни особливо помітні у професійній сфері, де психосоматичні симптоми можуть призводити до зниження продуктивності та втрати кар'єрних перспектив.

Психосоматичні порушення призводять до формування специфічного комплексу особистісних змін, який можна назвати «психосоматичною деформацією особистості». Ця деформація включає підвищену тривожність, іпохондричні тенденції, зниження життєвої активності та порушення соціального функціонування [32]. Люди починають надмірно фокусуватися на своїх тілесних відчуттях, постійно моніторити стан здоров'я та обмежувати

свою діяльність через страх загострення симптомів. Особливо це проявляється у формуванні катастрофічного мислення, коли найменші зміни в самопочутті інтерпретуються як ознаки серйозного захворювання [24].

Вітчизняний дослідник В. Й. Бочелюк зазначає, що психосоматичні розлади створюють замкнуте коло негативних змін в особистості [9, с. 547]. Спочатку людина переживає стрес або психологічний конфлікт, що призводить до появи соматичних симптомів. Ці симптоми, у свою чергу, стають джерелом додаткового стресу, що поглиблює психологічні проблеми та посилює соматичні прояви [24]. Сучасні дослідження 2024 року показують, що цей замкнутий цикл особливо інтенсивно проявляється у людей з високим рівнем алекситимії – нездатності розпізнавати та вербалізувати власні емоції [82].

Особливої уваги заслуговують зміни у когнітивній сфері особистості під впливом психосоматичних порушень. Люди з такими розладами часто демонструють специфічні патерни мислення, які включають катастрофізацію тілесних відчуттів, селективну увагу до негативних симптомів та надмірну інтерпретацію нормальних фізіологічних процесів як загрозливих [21, с. 56]. Французький дослідник П. Сіффнеос описав феномен алекситимії – нездатності розпізнавати та вербалізувати власні емоції, який часто супроводжує психосоматичні розлади. Ці когнітивні зміни призводять до формування так званого «операційного мислення» – конкретного, позбавленого емоційного забарвлення способу переробки інформації, що значно обмежує творчий потенціал особистості [79].

Емоційна сфера особистості зазнає найбільш драматичних змін під впливом психосоматичних порушень, особливо в контексті сучасних технологічних викликів. Праці Ю. В. Панасюк демонструють, що хронічні негативні емоції не лише сприяють розвитку соматичних симптомів, а й самі трансформуються під їх впливом [47]. Формується специфічний емоційний профіль, що характеризується підвищеною тривожністю, схильністю до депресивних станів та емоційною нестабільністю. Британський дослідник Р. Воррен підкреслює важливість розвитку емоційної стійкості для подолання цих негативних змін [78]. Сучасні дослідження говорять про те, що цифрові

технології можуть як посилювати, так і полегшувати емоційні розлади, залежно від способу їх використання [4].

Соціальне функціонування особистості також зазнає значних трансформацій під впливом психосоматичних симптомів, особливо в епоху цифровізації. Люди часто починають уникати соціальних контактів, обмежувати професійну діяльність та відмовлятися від улюблених захоплень через страх погіршення самопочуття [36]. Це призводить до поступової соціальної ізоляції та втрати важливих життєвих зв'язків. Водночас спостерігається парадокс: люди можуть активно шукати підтримку в онлайн-спільнотах, але уникати реального спілкування, що створює нові форми соціальної дезадаптації [15].

Психосоматичні порушення можуть призводити до формування різних типів особистісної дезадаптації (див. рис. 1.3).

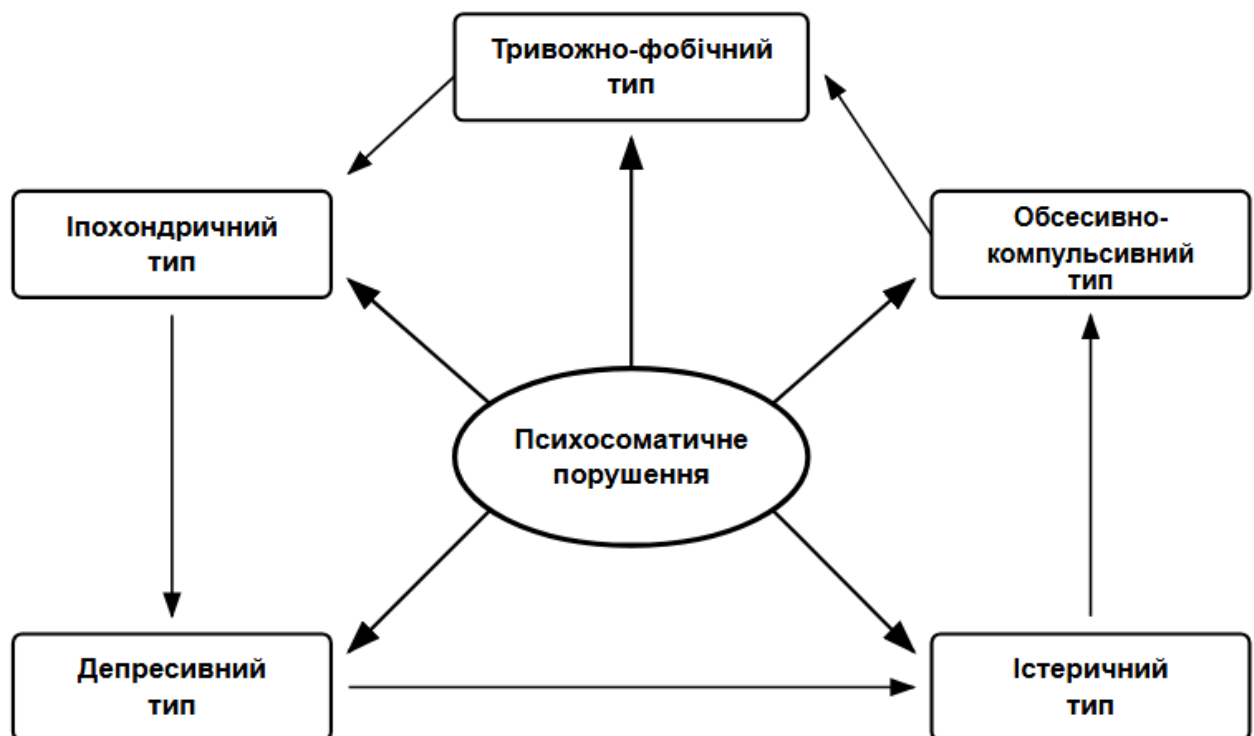


Рис. 1.3. Типи особистісної дезадаптації при психосоматичних порушеннях [44]

Формування особистісних змін при психосоматичних порушеннях відбувається поетапно та має свою специфічну динаміку. На початковому етапі

люди часто не усвідомлюють зв'язку між своїм емоційним станом та фізичними симптомами. Поступово відбувається фіксація уваги на тілесних проявах, що призводить до формування іпохондричних тенденцій [37]. На заключному етапі може відбутися повна реорганізація особистості навколо теми хвороби та здоров'я.

Когнітивні зміни при психосоматичних порушеннях включають не лише фіксацію на симптомах, а й більш глибокі трансформації мисленнєвих процесів, особливо в умовах інформаційного суспільства. Люди часто розвивають специфічний стиль мислення, який характеризується підвищеною увагою до тілесних відчуттів, схильністю до негативних інтерпретацій та зниженою здатністю до абстрактного мислення [37].

Важливим аспектом є вплив психосоматичних порушень на мотиваційну сферу особистості в умовах сучасних соціальних викликів. Традиційні мотиви досягнення, саморозвитку та самореалізації часто відступають на другий план, поступаючись місцем мотивам збереження здоров'я та уникнення загострення симптомів [19, с. 52]. Це призводить до значного звуження мотиваційної структури та зниження загальної життєвої активності. Водночас спостерігається формування нових мотиваційних патернів, пов'язаних з використанням цифрових технологій для моніторингу здоров'я та пошуку медичної інформації.

Соціально-психологічні наслідки психосоматичних порушень часто недооцінюються, хоча вони можуть бути не менш руйнівними, ніж самі симптоми, особливо в контексті сучасних технологічних трансформацій. Люди часто втрачають професійну ідентичність, змінюють соціальний статус та переживають кризу життєвих цінностей [36]. Особливо це стосується осіб, чия професійна діяльність вимагає високої фізичної або емоційної активності.

Процес відновлення особистості після подолання психосоматичних порушень також має свої особливості в сучасних умовах. Не завжди людина повертається до свого попереднього стану – часто відбувається формування нової, більш зрілої та адаптивної особистісної структури. Американський психолог К. Юнг описував це як процес індивідуації, коли кризова ситуація стає каталізатором особистісного зростання [44]. У такому випадку, сучасні

технології можуть підтримувати цей процес через доступ до онлайн-терапії, додатків для медитації та віртуальних груп підтримки.

Профілактика негативного впливу психосоматичних порушень на особистість вимагає комплексного підходу, що включає роботу з емоційною сферою, когнітивними патернами, поведінковими стереотипами та соціальними зв'язками [55]. Важливо також враховувати індивідуальні особливості людини та специфіку її життєвої ситуації. Сучасні профілактичні програми повинні включати компоненти цифрової грамотності, навчання критичному мисленню щодо медичної інформації та розвиток навичок здорового використання технологій.

Отже, вплив психосоматичних порушень на особистість є всеохоплюючим та багатовимірним, торкаючись практично всіх аспектів людського функціонування. Психосоматичні симптоми активно формують новий спосіб існування людини, змінюючи її самосприйняття, поведінкові патерни, емоційні реакції та соціальні зв'язки. Ці трансформації можуть мати як деструктивний, так і конструктивний характер, залежно від індивідуальних ресурсів людини та якості психологічної допомоги. Сучасна психологічна наука все більше схиляється до розуміння психосоматичних порушень не як патології, що руйнує особистість, а як виклику, який може стати поштовхом для особистісної трансформації.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Теоретико-методологічний аналіз проблеми психосоматичних порушень засвідчив складність і багатогранність цього феномену, який перебуває на перетині психології, медицини, нейробіології та соціальних наук.

Проблема психосоматичних порушень посідає центральне місце в сучасній психологічній науці. Аналіз наукових джерел засвідчив еволюцію розуміння психосоматичних процесів від класичних психоаналітичних концепцій Зігмунда Фрейда, Франца Александера, Флендерс Данбар до сучасних біопсихосоціальних моделей Джорджа Енгеля. Систематизовано основні теоретичні підходи до розуміння психосоматичних розладів: психоаналітичний розглядає несвідомі конфлікти як джерело соматичних симптомів; поведінковий пояснює їх через механізми навченої поведінки; когнітивний фокусується на ролі дисфункціональних думок; системний розглядає симптом у контексті сімейної системи; стресовий підкреслює роль хронічного стресу; інтегративний поєднує біологічні, психологічні та соціальні фактори. Кожен з цих підходів розкриває специфічні механізми формування симптомів. Українські дослідники Н. Бамбурак, О. А. Червинська, Л. С. Шелег, В. П. Жукотанська внесли вагомий внесок у розвиток концептуальних засад, класифікацій та методологічних підходів до вивчення психосоматичних порушень, особливо в контексті воєнного стресу та соціальних трансформацій. Емоційні переживання виступають основним медіатором між психічними процесами та соматичними проявами, а стрес є ключовим тригером психосоматичних реакцій.

Механізми взаємодії психічних і фізіологічних факторів у формуванні психосоматичних порушень включають складну багаторівневу взаємодію нервової, ендокринної та імунної систем організму, де ключову роль відіграє активація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі під впливом психологічного стресу. Психологічні фактори розвитку психосоматичних порушень систематизовано за групами: емоційні фактори включають тривогу, депресію, гнів; когнітивні – катастрофічне мислення та румінації; поведінкові –

уникнення та ізоляцію; особистісні – перфекціонізм та невротизм; соціальні – конфлікти та втрати. Динаміка розвитку психосоматичних порушень включає послідовні етапи від психологічного стресу через функціональні зміни до органічних порушень. Індивідуальні особливості, зокрема темперамент, характер, емоційна регуляція, копінг-стратегії, та соціокультурні фактори визначають специфіку формування та прояву психосоматичних симптомів. Ефективна профілактика включає розвиток навичок емоційної регуляції, формування здорових когнітивних патернів, підтримку соціальних зв'язків та своєчасне звернення за психологічною допомогою.

Вплив психосоматичних порушень на особистість є всеохоплюючим та торкається емоційної, когнітивної, поведінкової, соціальної та ціннісно-мотиваційної сфер. Формується специфічний комплекс особистісних змін, який включає підвищену тривожність, іпохондричні тенденції, зниження життєвої активності та порушення соціального функціонування. Психосоматичні розлади створюють замкнуте коло: психологічний стрес призводить до соматичних симптомів, які стають джерелом додаткового стресу, що поглиблює психологічні проблеми. Характерологічні зміни включають сучасні особливості, такі як цифрова тривожність, кіберхондрія, FOMO-синдром. Гендерні особливості впливу полягають у тому, що жінки частіше схильні до інтерналізації симптомів та депресивно-тривожних станів, тоді як у чоловіків переважають поведінкові порушення. Процес відновлення може призводити до формування нової, більш зрілої особистісної структури, коли кризова ситуація стає каталізатором особистісного зростання.

Психосоматичні порушення є міждисциплінарною проблемою, яка вимагає інтегративного підходу, що враховує біологічні, психологічні, соціальні та культурні виміри. Розуміння багатофакторної природи цих порушень створює теоретичне підґрунтя для розробки комплексних терапевтичних програм, орієнтованих на активізацію внутрішніх ресурсів особистості та її цілісну трансформацію.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Соціально-психологічні чинники формування психосоматичних порушень особистості

Психосоматичні порушення є результатом складної взаємодії психологічних та соціальних факторів, що впливають на самопочуття людини. У сучасних умовах, коли українське суспільство переживає період масштабних трансформацій та викликів, пов'язаних з війною, економічною нестабільністю та соціальною невизначеністю, проблема психосоматичних розладів набуває особливої гостроти.

Соціально-психологічні чинники відіграють ключову роль у виникненні та розвитку психосоматичної симптоматики. На відміну від суто біологічних факторів, вони формуються в процесі взаємодії особистості з соціальним середовищем та відображають особливості психологічного функціонування людини [53]. Психосоматичний підхід розглядає людину в єдності її психічних і тілесних проявів, де тіло стає мовою для вираження того, що не може бути сказане словами або усвідомлене на психологічному рівні [64].

Одним з найбільш значущих соціально-психологічних чинників є хронічний професійний стрес. Сучасні дослідження показують, що робоче середовище характеризується високим рівнем вимог, інтенсивним темпом діяльності та необхідністю постійно приймати рішення в умовах невизначеності. Професійний стрес має кумулятивний ефект – психологічна напруга накопичується поступово, день за днем, і якщо не знаходить конструктивних шляхів розрядки, трансформується в психосоматичні прояви.

Психологічні механізми цієї трансформації пов'язані з тим, що тривала емоційна напруга, яка не отримує адекватного усвідомлення та опрацювання, «витісняється» з свідомості, але не зникає безслідно. Натомість вона знаходить вихід через тілесні відчуття та симптоми. Як зазначає Л. Б. Лісіцина,

професійна діяльність у сучасних умовах є одним із провідних джерел хронічного стресу, що призводить до психосоматичних еквівалентів порушень емоційної сфери [29].

Особливо вразливими є особи, які працюють в умовах високої відповідальності та емоційного навантаження. Для них характерним є феномен емоційного вигорання – стан емоційного, розумового та фізичного виснаження, що розвивається як результат хронічного професійного стресу. М. М. Орос підкреслює, що психосоматичні розлади тісно асоційовані з синдромом тотального нервового виснаження [44]. Психологічна суть цього явища полягає в тому, що людина витрачає більше психологічних ресурсів, ніж може поповнити, що призводить до виснаження та розвитку різноманітних психосоматичних симптомів.

Важливим соціально-психологічним чинником є алекситимія – особистісна характеристика, що полягає у труднощах ідентифікації та вербалізації власних емоційних станів. Сучасні психологічні дослідження показують, що алекситимія є одним з ключових предикторів психосоматичних порушень. Люди з високим рівнем алекситимії мають обмежену здатність розпізнавати власні почуття, відрізняти емоції від тілесних відчуттів, описувати свої переживання словами [21].

Психологічний механізм впливу алекситимії на формування психосоматичних порушень пов'язаний з порушенням емоційної регуляції. Емоції виконують важливу сигнальну функцію – вони повідомляють нас про наші потреби, бажання, про те, що відбувається у відносинах з іншими людьми. Коли людина не може розпізнати свої емоції та назвати їх, вона втрачає важливу інформацію про власний психологічний стан. Емоції, які не знаходять психологічного опрацювання та словесного вираження, «говорять» через тіло [8].

Люди з алекситимією частіше фокусуються на тілесних відчуттях, ніж на емоційних переживаннях. Замість того, щоб сказати «я відчуваю тривогу», вони скажуть «у мене стискає в грудях». Замість «я злюся» – «у мене болить голова».

Така соматизація емоційних переживань стає звичним способом функціонування, що закріплює психосоматичний патерн реагування [70].

Наступним важливим чинником є негативні афективні стани – депресивний стан, тривога та хронічний стрес. Сучасні психологічні дослідження підтверджують тісний двосторонній зв'язок між цими станами та психосоматичними порушеннями. З одного боку, депресивний стан та тривога можуть призводити до розвитку психосоматичних симптомів, з іншого – самі психосоматичні прояви стають джерелом додаткового психологічного дистресу.

Депресія в психологічному розумінні – це не просто поганий настрій, а комплексний стан, що включає когнітивні (песимістичне мислення, труднощі концентрації), емоційні (сум, апатія, ангедонія) та мотаційні (зниження енергії, втрата інтересу) компоненти. Всі ці компоненти мають свої тілесні кореляти, які людина може сприймати як соматичні проблеми [47].

Тривога – це емоційний стан, що характеризується відчуттям внутрішньої напруги, очікуванням негативних подій, неспокоєм. На психологічному рівні тривога проявляється через нав'язливі думки, катастрофічне мислення, гіперпильність до можливих загроз. Хронічна тривога створює стан постійної внутрішньої мобілізації, що виснажує психологічні ресурси та проявляється через різноманітні тілесні відчуття [33].

Психологічний стрес виникає, коли людина оцінює вимоги ситуації як такі, що перевищують її ресурси для їх задоволення. Важливим є саме суб'єктивна оцінка ситуації – те, що для одної людини є стресом, для іншої може бути викликом або навіть джерелом задоволення. Хронічний стрес призводить до виснаження психологічних ресурсів та формування дезадаптивних патернів реагування, серед яких важливе місце займають психосоматичні прояви [60].

Важливим чинником є копінг-стратегії – способи, якими людина справляється зі стресовими ситуаціями. Сучасні дослідження показують, що вибір копінг-стратегій суттєво впливає на ймовірність розвитку психосоматичних порушень. Копінг-стратегії можна розділити на проблемно-

фокусовані (спрямовані на вирішення проблеми) та емоційно-фокусовані (спрямовані на регуляцію емоційних переживань) [19].

Стратегія активного вирішення проблем передбачає аналіз ситуації, планування дій, активні кроки для зміни ситуації. Це адаптивна стратегія, що дозволяє людині відчувати контроль над ситуацією та знижує рівень стресу. Пошук соціальної підтримки також є адаптивною стратегією – можливість поділитися переживаннями, отримати емоційну підтримку та практичну допомогу знижує психологічне навантаження.

Стратегія уникнення, навпаки, пов'язана з відмовою від зіткнення з проблемою, ігноруванням її існування, спробами відволіктися або втекти від стресової ситуації. Дослідження показують, що систематичне використання стратегії уникнення тісно пов'язане з розвитком психосоматичних порушень [52]. Психологічний механізм цього зв'язку полягає в тому, що уникнення не вирішує проблему, а лише відкладає зіткнення з нею. При цьому психологічна напруга накопичується і, не знаходячи конструктивного виходу, трансформується в психосоматичні симптоми.

Н. О. Ханецька та О. А. Чиханцова зазначають, що копінг-стратегії є важливим фактором, що впливає на розвиток життестійкості особистості [61]. Життестійкість – це психологічна характеристика, що включає залученість (переконання в цінності того, що відбувається), контроль (впевненість у власній здатності впливати на події) та прийняття ризику (сприйняття змін як можливості для розвитку). Особи з високою життестійкістю рідше розвивають психосоматичні порушення, навіть перебуваючи в стресових умовах.

Соціальна підтримка є важливим буферним чинником, який може зменшити негативний вплив стресу. Сучасні дослідження показують, що наявність якісних соціальних зв'язків пов'язана з кращим психологічним та фізичним здоров'ям. Соціальна підтримка може бути емоційною (емпатія, турбота), інформаційною (поради, інформація), інструментальною (практична допомога) та оціночною (позитивний зворотний зв'язок) [56].

Психологічний механізм впливу соціальної підтримки пов'язаний з кількома факторами:

- 1) можливість поділитися переживаннями дозволяє їх вербалізувати та опрацювати, що знижує ймовірність соматизації;
- 2) відчуття, що є люди, на яких можна покластися, підвищує почуття безпеки та знижує тривожність;
- 3) практична допомога знижує об'єктивне навантаження та дозволяє краще справлятися зі стресовими ситуаціями [57].

Дефіцит соціальної підтримки, соціальна ізоляція є факторами ризику для розвитку психосоматичних порушень. Людина, яка відчуває себе самотньою, не має можливості поділитися переживаннями, отримати емпатію та розуміння. Емоції залишаються непроговореними, психологічні проблеми – невирішеними, що створює сприятливий ґрунт для психосоматичних проявів.

Всі зазначені чинники не діють ізольовано, а взаємодіють між собою. Наприклад, алекситимія ускладнює пошук соціальної підтримки – як можна попросити про підтримку, якщо не можеш чітко сформулювати, що саме тебе турбує? Депресивний стан знижує мотивацію до активного вирішення проблем та сприяє вибору стратегії уникнення. Хронічний професійний стрес виснажує психологічні ресурси, що підвищує тривожність та знижує стресостійкість [63].

Розуміння соціально-психологічних чинників формування психосоматичних порушень є необхідною умовою для розробки ефективних програм психологічної допомоги. Саме тому в рамках даного дослідження було здійснено емпіричне вивчення проявів психосоматичних порушень у працюючих дорослих з урахуванням основних соціально-психологічних чинників їх формування. Детальний опис методології дослідження представлено в наступному підрозділі.

2.2. Дослідження прояву психосоматичних порушень особистості

Для вирішення поставлених завдань було використано комплекс взаємодоповнюючих методів дослідження, що дозволяють всебічно вивчити проблему психосоматичних порушень та шляхів їх подолання.

Теоретичні методи включали аналіз наукової літератури з проблеми психосоматичних порушень та позитивної психотерапії, що дозволив визначити стан розробленості проблеми та сформулювати концептуальні засади дослідження. Використовувалися синтез та узагальнення теоретичних положень різних наукових шкіл для побудови цілісної моделі розуміння психосоматичних процесів. Застосовувалася систематизація підходів до розуміння психосоматичних процесів, що дозволила виокремити основні чинники їх формування та напрями психологічної допомоги.

Емпіричні методи включали використання чотирьох стандартизованих психодіагностичних методик, кожна з яких має свої специфічні переваги для дослідження психосоматичних порушень:

1. Торонтська алекситимічна шкала (TAS-20).
2. Шкала депресії, тривоги та стресу (DASS-42).
3. Індикатор копінг-стратегій Д. Амірхана (CSI).
4. Опитувальник соматичних симптомів (PHQ-15).

1. Торонтська алекситимічна шкала (TAS-20) [72]

Методика розроблена Дж. Тейлором, Дж. Паркером та Р. Бегбі у 1994 році, українська адаптація виконана дослідницькою групою В.В. Василюк, І.І. Шаповал, Е.І. Шалковський, А.О. Клебанська, М.А. Станіславчук у 2021 році.

Торонтська шкала алекситимії (Toronto Alexithymia Scale, TAS-20) – це клінічний опитувальник, призначений для вивчення такої особистісної характеристики, як алекситимія, що полягає в зниженні або відсутності здатності до диференціювання, розпізнавання чи вираження емоційних переживань та тілесних відчуттів. Вибір цієї методики обумовлений тим, що алекситимія є одним з ключових факторів розвитку психосоматичних порушень, оскільки особи з алекситимією не можуть адекватно розпізнавати та виражати свої емоції, що призводить до їх соматизації.

Теоретичним підґрунтям методики є психосоматична концепція, згідно з якою нездатність усвідомлювати та вербалізувати емоції призводить до їх

виразу через тілесні симптоми. Алекситимія розглядається як стійка особистісна характеристика, що включає низький рівень емоційної чутливості щодо інших людей та низьку емоційну залученість у повсякденному житті.

Діагностична мета полягає у виявленні рівня алекситимії та її компонентів для розуміння емоційних механізмів формування психосоматичних порушень. Методика застосовується в клінічній психології, психосоматичній медицині, консультуванні та наукових дослідженнях.

Структура методики включає 20 тверджень, які оцінюються за 5-бальною шкалою (від «повністю не згоден» до «повністю згоден»). Методика діагностує три компоненти алекситимії:

- 1) труднощі з визначенням почуттів (TIF) – 7 питань (відображає здатність особи розпізнавати та диференціювати власні емоційні стани);
- 2) труднощі з описом почуттів (TDF) – 5 питань (характеризує здатність вербально описувати свої емоції та почуття);
- 3) зовнішньо орієнтоване мислення (EOT) – 8 питань (показує схильність зосереджуватися на зовнішніх подіях замість внутрішніх переживань) (див. Додаток А).

Інструкція для обстежуваного: «Оцініть кожне твердження за 5-бальною шкалою: 1 бал – повністю не згоден, 2 бали – не згоден, 3 бали – не впевнений у відповіді, 4 бали – згоден, 5 балів – повністю згоден».

Процедура обробки результатів включає підсумовування балів з урахуванням прямих та зворотних питань. Зворотні питання (4, 5, 10, 18, 19) оцінюються в оберненому порядку (5-4-3-2-1). Загальний бал обчислюється як сума балів за всіма 20 питаннями. Діапазон можливих балів: 20-100 балів.

Інтерпретація результатів за загальним балом:

- 20-51 бал – відсутність алекситимії (норма);
- 52-60 балів – можлива алекситимія (пограничний рівень);
- 61-100 балів – алекситимія (високий рівень).

2. Шкала депресії, тривоги та стресу (DASS-42) [47]

Методика розроблена С. Х. Ловібондом та П. Ф. Ловібондом у 1995 році в Університеті Нового Південного Уельсу (Австралія).

DASS-42 – це 42-пунктовий опитувальник самозвіту, призначений для вимірювання трьох пов'язаних негативних емоційних станів: депресії, тривоги та стресу у дорослих та підлітків старше 17 років. Вибір цієї методики обумовлений тим, що депресивні, тривожні та стресові стани є найбільш поширеними психоемоційними супутниками психосоматичних порушень [47, с. 60].

Теоретичним підґрунтям методики є вимірювальний, а не категоріальний підхід до психопатології. Методика базується на концепції емоційних розладів як континууму станів різної інтенсивності. Особливістю є оцінка ступеня вираженості симптомів за останній тиждень, що дозволяє виявити актуальний психоемоційний стан особистості.

Діагностична мета полягає у комплексній оцінці афективних станів, що супроводжують психосоматичні порушення, для виявлення специфічних емоційних проблем. Методика придатна як для клінічних, так і для неклінічних популяцій [33].

Структура методики включає 42 твердження, розподілені на три підшкали по 14 питань кожна:

1) шкала депресії оцінює дисфорею, безнадійність, знецінення життя, самозвинувачення, відсутність інтересу/залученості, ангедонію, інертність (питання: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42);

2) шкала тривоги оцінює вегетативне збудження, ефекти скелетних м'язів, ситуативну тривогу, суб'єктивне переживання тривожного афекту (питання: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41);

3) шкала стресу оцінює труднощі з розслабленням, нервові збудження, легке засмучення/збудження, роздратування/надмірну реактивність, нетерпіння (питання: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39) (див. Додаток Б).

Твердження оцінюються за 4-бальною шкалою Лікерта: 0 – зовсім не стосувалося мене, 1 – стосувалося мене певною мірою або частину часу, 2 –

стосувалося мене значною мірою або більшу частину часу, 3 – стосувалося мене дуже сильно або майже весь час.

Інструкція для обстежуваного: «Прочитайте уважно кожне твердження та оберіть число від 0 до 3, яке вказує, наскільки це твердження стосувалося вас протягом останнього тижня. Немає правильних або неправильних відповідей. Не витрачайте занадто багато часу на будь-яке твердження».

Процедура обробки результатів полягає в підсумовуванні балів окремо за кожною підшкалою. Сума балів за 14 питаннями кожної підшкали множиться на 2 для приведення результатів до стандартної шкали. Діапазон балів для кожної підшкали після множення: 0-42 бали.

Інтерпретація результатів за кожною підшкалою (після множення на 2):

Депресія: норма 0-9, легка 10-13, помірна 14-20, важка 21-27, надзвичайно важка 28+

Тривога: норма 0-7, легка 8-9, помірна 10-14, важка 15-19, надзвичайно важка 20+

Стрес: норма 0-14, легкий 15-18, помірний 19-25, важкий 26-33, надзвичайно важкий 34+

3. Індикатор копінг-стратегій Д. Амірхана (CSI) [72]

Методика розроблена американським психологом Джеймсом Амірханом у 1990 році для діагностики домінуючих стратегій подолання стресових ситуацій.

Індикатор копінг-стратегій призначений для виявлення типових способів, якими особистість справляється зі складними життєвими ситуаціями. Вибір цієї методики обумовлений важливістю копінг-стратегій у формуванні та подоланні психосоматичних порушень. Дослідження показують, що дезадаптивні копінг-стратегії, зокрема уникнення, пов'язані з більш високим рівнем психосоматичної симптоматики [19, с. 52].

Теоретичним підґрунтям методики є концепція копіngu як динамічного процесу, за допомогою якого індивід справляється зі стресовими ситуаціями. Методика базується на трифакторній моделі копіngu, що виділяє три основні

стратегії: активне вирішення проблем, пошук соціальної підтримки та уникнення проблеми.

Діагностична мета полягає у визначенні домінуючих стратегій подолання стресу для розуміння поведінкових механізмів розвитку психосоматичних порушень. Методика застосовується в клінічній психології, консультуванні, кризовій психології, організаційній психології та психологічній реабілітації [61].

Структура методики включає 33 твердження, розподілені на три шкали по 11 питань кожна:

1) шкала «Вирішення проблем» (активно-адаптивна стратегія) – конструктивний підхід до подолання труднощів, використання особистих ресурсів, планування та цілеспрямована діяльність (питання: 2, 3, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 20, 29, 33);

2) шкала «Пошук соціальної підтримки» (активно-адаптивна стратегія) – використання зовнішніх ресурсів, емоційна підтримка оточення, інформаційна та інструментальна допомога (питання: 1, 5, 7, 12, 14, 19, 23, 24, 25, 31, 32);

3) шкала «Уникнення проблем» (потенційно дезадаптивна стратегія) – уникнення контакту з реальністю проблеми, відхід від вирішення проблем (питання: 4, 6, 10, 13, 18, 21, 22, 26, 27, 28, 30) (див. Додаток В).

Твердження оцінюються за 3-бальною шкалою: повністю згоден – 3 бали, згоден – 2 бали, не згоден – 1 бал.

Інструкція для обстежуваного: «Нижче наведено перелік варіантів поведінки у складних життєвих ситуаціях. Оцініть, наскільки кожен варіант характерний для вас».

Процедура обробки результатів полягає в підсумовуванні балів окремо за кожною стратегією. Для отримання загального балу за відповідною стратегією підраховується сума балів за всіма 11 пунктами, що належать до цієї стратегії. Діапазон балів для кожної шкали: 11-33 бали.

Інтерпретація результатів базується на порівнянні балів за трьома стратегіями:

- Високі бали (26-33) – домінуюча стратегія;

- Середні бали (18-25) – помірне використання стратегії;
- Низькі бали (11-17) – рідке використання стратегії.

Стратегія уникнення є однією з провідних поведінкових стратегій для формування дезадаптивної поведінки. Вона може мати адекватний чи неадекватний характер залежно від конкретної стресової ситуації, віку особистості та стану її ресурсної системи. Найбільш ефективним є гнучке використання всіх трьох стратегій залежно від ситуації.

4. Опитувальник соматичних симптомів (PHQ-15) [83]

Методика розроблена К. Кренке, Р. Л. Спітцером, Дж. Б. В. Вільямсом у 2002 році (США). Українська версія представлена в посібнику О. С. Чабана, О. О. Хаустової «Практична психосоматика: діагностичні шкали» (2021).

PHQ-15 – це короткий опитувальник самозвіту, призначений для оцінки тяжкості соматичних симптомів. Методика є складовою частиною більшого опитувальника здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire, PHQ) і використовується як окремий скринінговий інструмент для виявлення соматизації та психосоматичних розладів. Вибір цієї методики обумовлений необхідністю об'єктивної оцінки спектру та інтенсивності соматичних симптомів, що можуть мати психогенну природу [9].

Теоретичним підґрунтям методики є концепція соматизації як процесу виразу психологічного дистресу через тілесні симптоми. Методика базується на самозвіті респондентів про найбільш поширені соматичні скарги за останні чотири тижні.

Діагностична мета полягає у визначенні ступеня соматизації для виявлення осіб з психосоматичними розладами, що потребують психологічної консультації. Методика застосовується в психосоматичній медицині, первинній медичній допомозі, клінічній психології та управлінні персоналом [67].

Структура методики включає 15 найбільш поширених соматичних скарг: біль у животі, біль у спині, біль у руках/ногах/суглобах, менструальні проблеми (для жінок), головний біль, біль у грудній клітці, запаморочення, непритомність, серцебиття/прискорений пульс, задишка, біль під час статевого

акту, проблеми травлення, нудота/гази/розлад травлення, втома/нестача енергії, проблеми зі сном (див. Додаток Г).

Кожен симптом оцінюється за 3-бальною шкалою: 0 балів – зовсім не турбувало, 1 бал – трохи турбувало, 2 бали – сильно турбувало.

Інструкція для обстежуваного: «Протягом останніх 4 тижнів, наскільки вас турбували наступні проблеми? Для кожного симптому оберіть відповідь, яка найкраще описує ваш стан».

Процедура обробки результатів полягає в підсумовуванні балів за всіма 15 пунктами. Загальний бал = сума балів за всіма симптомами. Діапазон можливих балів: 0-30 балів.

Інтерпретація результатів:

–0-4 бали – мінімальний рівень (відсутність клінічно значущої соматизації);

–5-9 балів – легкий рівень (легка соматизація, можлива психосоматична симптоматика);

–10-14 балів – помірний рівень (помірна соматизація, рекомендована психологічна консультація);

–15-30 балів – тяжкий рівень (виражена соматизація, необхідна комплексна діагностика).

Клінічна значущість починається з 5 балів і вище, що є порогом для виявлення психосоматичних порушень.

Використання валідного психодіагностичного інструментарію, поетапна реалізація дослідницьких процедур забезпечують надійність та валідність отриманих результатів.

2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту

Емпіричне дослідження проводилося на базі Громадської організації «Ресурсний центр розвитку Юніклаб» (м. Київ). Дослідження проведено в онлайн-форматі за допомогою Google Forms. У дослідженні взяли участь 30 осіб віком від 25 до 55 років – працівники різних сфер діяльності (див. Додаток Д).

На першому етапі дослідження було застосовано методику діагностики «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS-20) для виявлення рівня алекситимії як одного з ключових чинників формування психосоматичних порушень (див. табл. 2.1 – 2.2).

Таблиця 2.1

Результати дослідження за методикою діагностики «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS-20)

№ респондента	Загальний бал	Рівень
1	48	Норма
2	55	Пограничний
3	62	Високий
4	45	Норма
5	58	Пограничний
6	67	Високий
7	51	Норма
8	54	Пограничний
9	63	Високий
10	47	Норма
11	59	Пограничний
12	44	Норма
13	65	Високий
14	52	Пограничний
15	49	Норма
16	61	Високий
17	56	Пограничний
18	43	Норма
19	68	Високий
20	50	Норма

Продовж. табл. 2.1

21	57	Пограничний
22	46	Норма
23	64	Високий
24	53	Пограничний
25	42	Норма
26	60	Пограничний
27	66	Високий
28	48	Норма
29	55	Пограничний
30	50	Норма

Таблиця 2.2

**Зведена таблиця результатів дослідження за методикою діагностики
«Торонтська алекситимічна шкала» (TAS-20)**

Рівень алекситимії	Кількість осіб	%
Норма (20–51 бал)	12	40,0
Пограничний (52–60 балів)	10	33,3
Високий (61–100 балів)	8	26,7

Для наочного відображення результати дослідження за методикою «Торонтська алекситимічна шкала» сформовано у сегментограму (див. рис. 2.1).

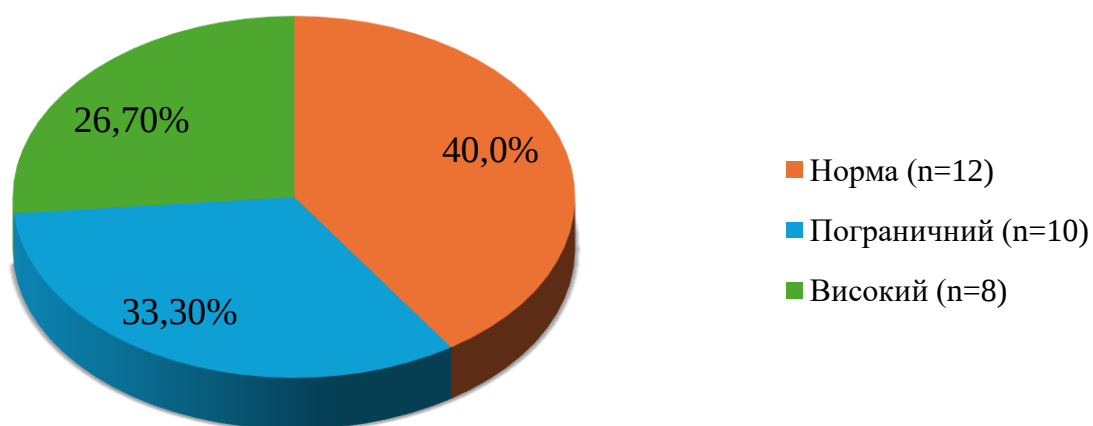


Рис. 2.1. Сегментограма розподілу результатів дослідження за методикою діагностики «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS-20), %

За результатами дослідження за методикою «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS-20) виявлено, що 40,0% (12 осіб) респондентів мають нормальний рівень алекситимії, тобто здатні адекватно розпізнавати та вербалізувати власні емоційні стани. Водночас 33,3% (10 осіб) вибірки демонструють пограничний рівень алекситимії, що свідчить про певні труднощі в ідентифікації та описі почуттів. Ці особи можуть відчувати складнощі у розумінні власних емоцій та підборі слів для їх вираження. 26,7% (8 осіб) учасників мають високий рівень алекситимії – ці особи мають значні труднощі з розпізнаванням власних емоцій, схильні до зовнішньо орієнтованого мислення та частіше виражають психологічний дистрес через тілесні симптоми замість емоційної вербалізації.

Загалом 60,0% (18 осіб) респондентів мають пограничний або високий рівень алекситимії, що є фактором ризику розвитку психосоматичних порушень. Ці особи потенційно потребують психологічної допомоги, спрямованої на розвиток емоційної компетентності, навчання розпізнаванню власних почуттів та формування навичок їх адекватного вираження.

На другому етапі було використано методику діагностики «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42) для оцінки актуального емоційного стану респондентів (див. табл. 2.3 – 2.4).

Таблиця 2.3

Результати дослідження за методикою діагностики «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42)

№ респондента	Депресія	Тривога	Стрес
1	8	6	12
2	14	12	18
3	22	16	28
4	6	8	10
5	12	14	20
6	18	20	26
7	10	10	16
8	16	12	22
9	24	18	30

Продовж. табл. 2.3

10	4	6	8
11	14	16	24
12	8	4	14
13	20	22	28
14	12	10	18
15	6	8	12
16	26	18	32
17	16	14	20
18	4	6	10
19	28	24	34
20	10	8	16
21	14	12	22
22	6	6	12
23	22	16	26
24	12	10	18
25	8	4	14
26	18	14	24
27	20	18	28
28	8	8	14
29	14	12	20
30	10	10	16

Таблиця 2.4

Розподіл показників за методикою діагностики «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42)

Рівень	Депресія		Тривога		Стрес	
	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%
Норма	14	46,7	11	36,7	12	40,0
Легкий	6	20,0	7	23,3	7	23,3
Помірний	6	20,0	7	23,3	6	20,0
Тяжкий	3	10,0	4	13,3	4	13,3
Надзвичайно тяжкий	1	3,3	1	3,3	1	3,3

Для наочного відображення результати дослідження за методикою «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42) сформовано у гістограму (див. рис. 2.2).

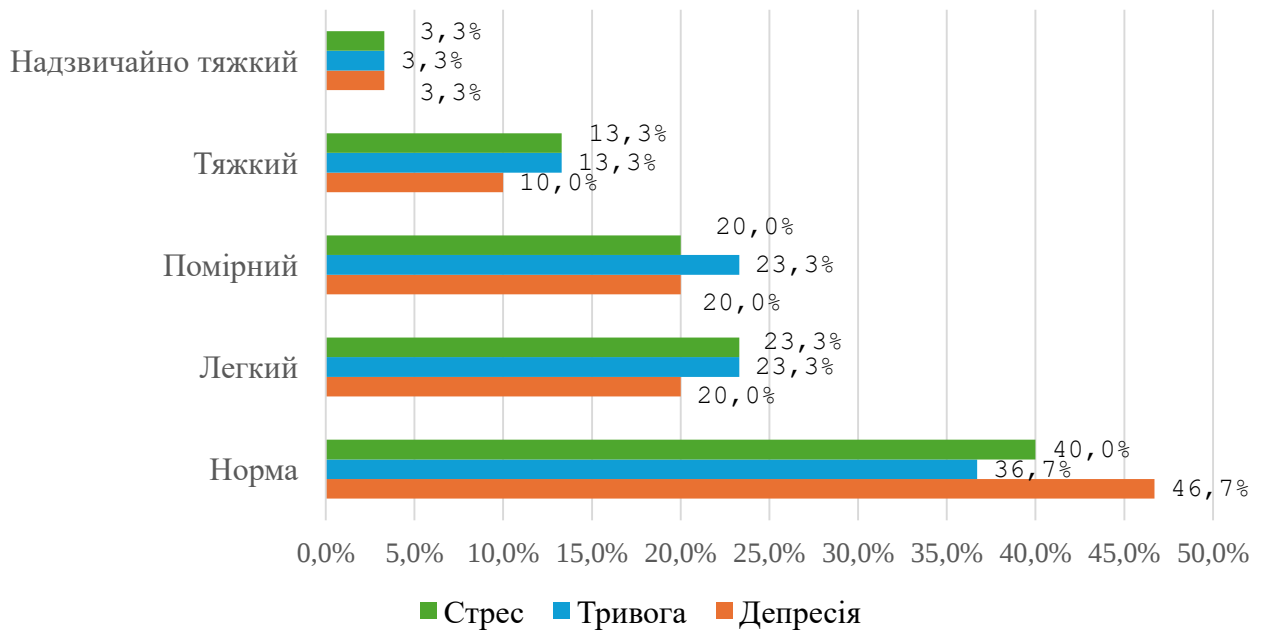


Рис. 2.2. Гістограма розподілу результатів дослідження за методикою діагностики «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42), %

Аналіз результатів за шкалою депресії показав, що 46,7% (14 осіб) респондентів перебувають в межах норми, що свідчить про відсутність клінічно значущої депресивної симптоматики у цієї частини вибірки. 20,0% (6 осіб) учасників демонструють легкий рівень депресивної симптоматики, що може проявлятися у періодичному зниженні настрою, втраті інтересу до звичних активностей. 20,0% (6 осіб) мають помірний рівень депресії, що характеризується більш вираженими та стійкими симптомами дисфорії, ангедонії, зниження енергії. 10,0% (3 особи) вибірки демонструють тяжкий рівень депресивних проявів, а 3,3% (1 особа) – надзвичайно тяжкий рівень, що свідчить про наявність виражених депресивних симптомів, які значно впливають на повсякденне функціонування.

За шкалою тривоги 36,7% (11 осіб) учасників перебувають у межах норми, що вказує на відсутність патологічної тривожності. 23,3% (7 осіб) респондентів виявляють легкий рівень тривожності, що може проявлятися у періодичному занепокоєнні та внутрішньому напруженні. 23,3% (7 осіб) демонструють помірний рівень тривоги з більш вираженими симптомами вегетативного збудження, занепокоєння, страху. 13,3% (4 особи) вибірки мають

тяжкий рівень тривожності, а 3,3% (1 особа) – надзвичайно тяжкий. Такі результати вказують на те, що 63,3% (19 осіб) вибірки переживають різний ступінь тривожних станів, що може бути пов'язано з загальним стресовим фоном сучасного життя.

Показники стресу розподілилися наступним чином: 40,0% (12 осіб) респондентів знаходяться у межах норми, 23,3% (7 осіб) мають легкий рівень, що свідчить про збережену здатність до адаптації та регуляції стресових станів. 20,0% (6 осіб) респондентів демонструють помірний рівень стресу з проявами нервового напруження, роздратування, труднощів з розслабленням. 13,3% (4 особи) мають тяжкий рівень стресу, а 3,3% (1 особа) – надзвичайно тяжкий. Отримані дані свідчать про значну поширеність стресових станів серед респондентів, що є закономірним в умовах сучасних соціальних викликів та підвищеного рівня невизначеності.

Загалом результати за методикою «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42) демонструють, що більшість досліджуваних переживають різний ступінь негативних емоційних станів. Лише 40,0–46,7% вибірки має нормальні показники за всіма трьома шкалами. Решта респондентів демонструють від легкого до надзвичайно важкого рівня депресії, тривоги та стресу, що створює психологічне підґрунтя для формування психосоматичних симптомів.

На третьому етапі дослідження було застосовано «Індикатор копінг-стратегій Д. Амірхана» (CSI) для визначення домінуючих стратегій подолання стресових ситуацій (див. табл. 2.5 – 2.6).

Таблиця 2.5

Результати дослідження за методикою діагностики «Індикатор копінг-стратегій Д. Амірхана» (CSI)

№ респондента	Вирішення проблем	Соціальна підтримка	Уникнення
1	26	24	18
2	22	20	24
3	18	16	28
4	28	26	16
5	20	22	22

Продовж. табл. 2.5

6	16	18	26
7	24	22	20
8	22	18	24
9	14	14	30
10	30	28	14
11	20	24	22
12	26	22	18
13	18	16	28
14	24	20	20
15	28	26	16
16	16	14	26
17	22	20	22
18	30	28	12
19	14	12	32
20	26	24	18
21	20	22	24
22	28	26	16
23	18	18	26
24	24	22	20
25	32	28	14
26	20	20	24
27	16	16	28
28	26	24	18
29	22	20	22
30	24	22	20

Таблиця 2.6

Розподіл показників за методикою діагностики «Індикатор копінг-стратегій Д. Амірхана» (CSI)

Копінг-стратегія	Високий (26–33)		Середній (18–25)		Низький (11–17)	
	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%
Вирішення проблем	9	30,0	14	46,7	7	23,3
Пошук соціальної підтримки	8	26,7	13	43,3	9	30,0
Уникнення	7	23,3	12	40,0	11	36,7

Для наочного відображення результати дослідження за методикою «Індикатор копінг-стратегій Д. Амірхана» (CSI) сформовано у гістограму (див. рис. 2.3).

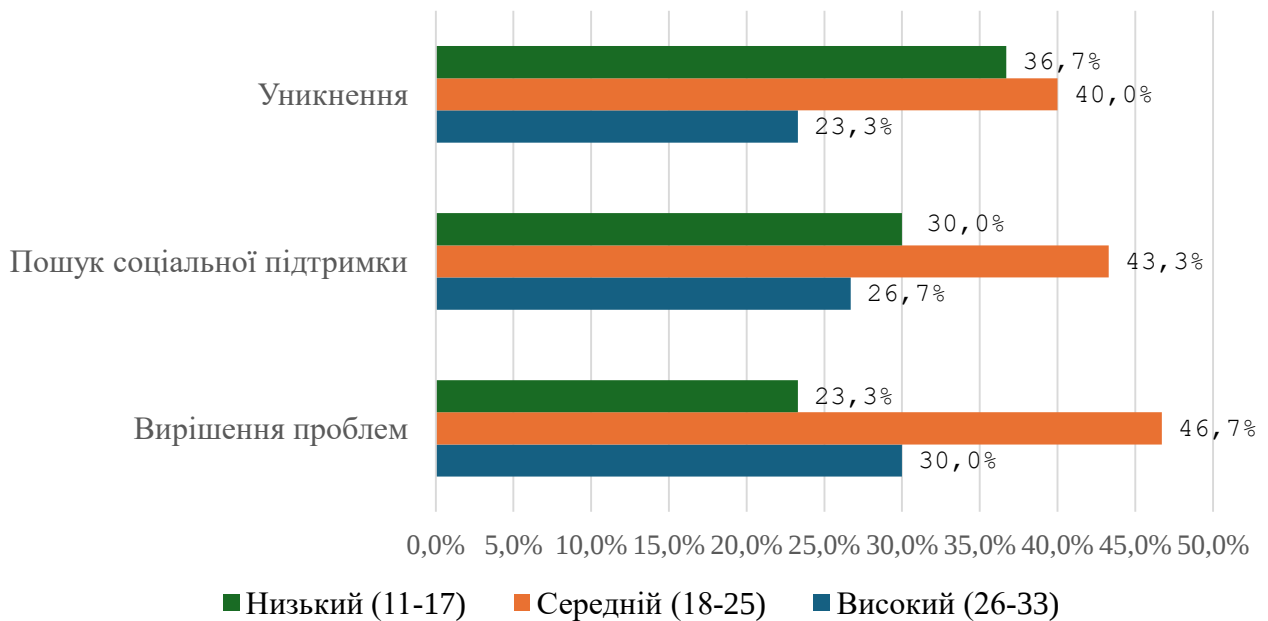


Рис. 2.3. Гістограма розподілу результатів дослідження за методикою діагностики «Індикатор копінг-стратегій Д. Амірхана» (CSI), %

Результати дослідження копінг-стратегій за методикою «Індикатор копінг-стратегій Д. Амірхана» (CSI) свідчать про неоднорідність репертуару стратегій подолання стресу у досліджуваних.

Стратегію вирішення проблем на високому рівні використовують 30,0% (9 осіб) респондентів, що свідчить про їхню здатність активно аналізувати ситуацію, планувати дії та цілеспрямовано шукати шляхи подолання труднощів. 46,7% (14 осіб) вибірки застосовує цю стратегію на середньому рівні, демонструючи помірну активність у вирішенні проблемних ситуацій. 23,3% (7 осіб) учасників рідко використовують проблемно-фокусований копінг, що може вказувати на труднощі з конструктивним підходом до складних ситуацій. Переважне використання цієї стратегії є позитивним показником, оскільки вона є адаптивною і передбачає активний пошук шляхів подолання труднощів, що сприяє реальному вирішенню проблеми та зниженню стресу.

Стратегію пошуку соціальної підтримки на високому рівні використовують 26,7% (8 осіб) учасників, які здатні звертатися до оточення за емоційною підтримкою, порадами та практичною допомогою. 43,3% (13 осіб) респондентів застосовують цю стратегію на середньому рівні, епізодично звертаючись за підтримкою. Водночас 30,0% (9 осіб) респондентів рідко звертаються за підтримкою до оточення, що може свідчити про труднощі у вербалізації своїх переживань, небажання бути тягарем для інших або недостатність соціальних зв'язків. Дефіцит використання цієї стратегії є несприятливим фактором, оскільки соціальна підтримка виступає потужним буфером проти стресу.

Стратегія уникнення, яка є потенційно дезадаптивною, виявлена на високому рівні у 23,3% (7 осіб) респондентів, що свідчить про систематичне використання відмови від зіткнення з проблемою, ігнорування її існування, спроби відволіктися або втекти від стресової ситуації. 40,0% (12 осіб) вибірки використовують уникнення на середньому рівні, епізодично вдаючись до цієї стратегії. 36,7% (11 осіб) учасників рідко застосовують уникнення. Систематичне використання стратегії уникнення пов'язане з накопиченням психологічної напруги та підвищеним ризиком розвитку психосоматичних симптомів, оскільки уникнення не вирішує проблему, а лише відкладає зіткнення з нею.

Загалом аналіз копінг-стратегій демонструє, що більшість респондентів використовують змішані стратегії подолання стресу з різним ступенем адаптивності. Найбільш поширеною є стратегія вирішення проблем – 76,7% (23 особи) використовують її на високому або середньому рівні, що є позитивним показником. Водночас 70,0% (21 особа) використовують соціальну підтримку на високому або середньому рівні, тоді як 30,0% (9 осіб) недостатньо використовують цей ресурс. Стратегію уникнення на високому або середньому рівні застосовують 63,3% (19 осіб) респондентів, що створює ризик для розвитку психосоматичних порушень.

На четвертому етапі було застосовано методику діагностики «Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15) для оцінки рівня соматизації (див. табл. 2.7 – 2.8).

Таблиця 2.7

Результати дослідження за методикою діагностики «Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15)

№ респондента	Загальний бал	Рівень соматизації
1	4	Мінімальний
2	8	Легкий
3	14	Помірний
4	3	Мінімальний
5	10	Помірний
6	16	Тяжкий
7	6	Легкий
8	12	Помірний
9	18	Тяжкий
10	2	Мінімальний
11	9	Легкий
12	4	Мінімальний
13	15	Тяжкий
14	7	Легкий
15	3	Мінімальний
16	17	Тяжкий
17	11	Помірний
18	2	Мінімальний
19	20	Тяжкий
20	5	Легкий
21	10	Помірний
22	4	Мінімальний
23	14	Помірний
24	8	Легкий
25	3	Мінімальний
26	12	Помірний
27	16	Тяжкий*
28	5	Легкий
29	9	Легкий
30	6	Легкий*

**Розподіл показників за методикою діагностики «Опитувальник
соматичних симптомів» (PHQ-15)**

Рівень соматизації	Кількість осіб	%
Мінімальний (0–4 бали)	9	30,0
Легкий (5–9 балів)	9	30,0
Помірний (10–14 балів)	7	23,3
Тяжкий (15–30 балів)	5	16,7

Для наочного відображення результати дослідження за методикою «Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15) сформовано у сегментограму (див. рис. 2.4).

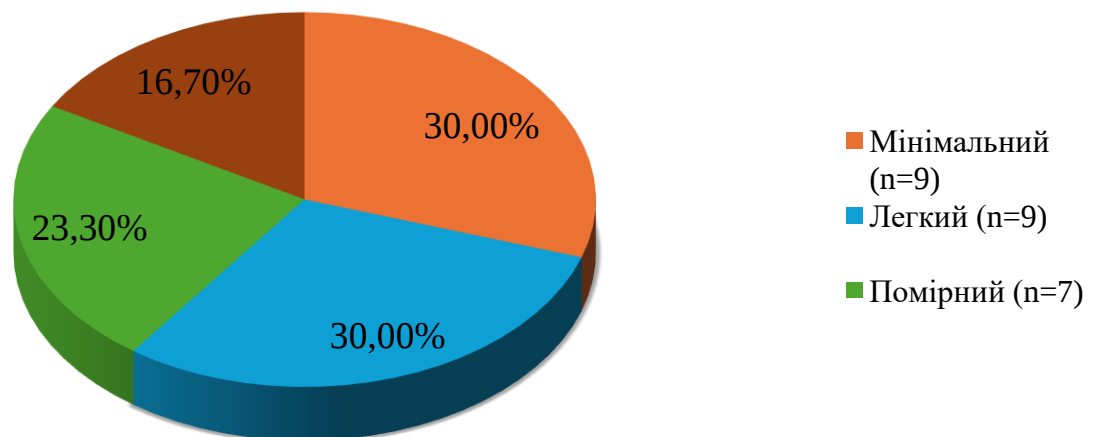


Рис. 2.4. Сегментограма розподілу результатів дослідження за методикою діагностики «Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15), %

За результатами діагностики 30,0% (9 осіб) респондентів мають мінімальний рівень соматичних симптомів, що свідчить про відсутність клінічно значущої соматизації у цієї частини вибірки. Ці особи не відчують або відчують мінімальні тілесні прояви, які не впливають на їхнє повсякденне функціонування та не викликають занепокоєння.

30,0% (9 осіб) учасників демонструють легкий рівень соматизації. Ці особи відчують окремі тілесні симптоми помірної інтенсивності, які можуть

мати психогенну природу. Симптоми можуть включати епізодичні головні болі, втому, дискомфорт у різних частинах тіла, які виникають або посилюються під впливом стресу чи емоційного напруження.

23,3% (7 осіб) учасників мають помірний рівень соматизації. Для цієї групи характерна наявність множинних соматичних скарг середньої інтенсивності, які регулярно турбують та можуть впливати на якість життя. Цим особам рекомендована психологічна консультація для з'ясування психологічних чинників, що лежать в основі соматичних проявів, та розробки стратегій їх подолання.

16,7% (5 осіб) респондентів демонструють тяжкий рівень соматизації. Ці особи відчують виражену психосоматичну симптоматику з множинними соматичними скаргами високої інтенсивності, які значно знижують якість життя та функціональні можливості. Для них необхідна комплексна психологічна допомога, спрямована на розуміння зв'язку між емоційним станом та тілесними симптомами, розвиток навичок емоційної регуляції та формування здорових способів реагування на стрес.

Загалом у 70,0% (21 особа) респондентів показники за методикою «Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15) перевищують поріг клінічної значущості (5 балів і вище), що підтверджує поширеність психосоматичних проявів у досліджуваній вибірці. Лише 30,0% (9 осіб) вибірки не має клінічно значущих соматичних симптомів, тоді як 70,0% (21 особа) демонструють від легкого до важкого рівня соматизації, що вказує на необхідність психологічної роботи з цими проявами.

Отже, згідно з результатами констатувального експерименту, було виявлено, що значна частина респондентів має ознаки психосоматичних порушень різного ступеня вираженості. Результати демонструють взаємозв'язок між психологічними характеристиками та соматичними проявами у досліджуваних.

Більшість учасників мають пограничний або високий рівень алекситимії, що ускладнює розпізнавання та вербалізацію емоцій. Це створює психологічне підґрунтя для соматизації емоційного дистресу, оскільки емоції, які не можуть

бути усвідомлені та виражені словами, знаходять вихід через тілесні симптоми. Більше половини вибірки демонструє підвищені показники депресії, тривоги та стресу, що свідчить про значний емоційний дистрес у досліджуваних. Ці негативні емоційні стани є важливими тригерами психосоматичних реакцій через активацію стресових систем організму.

Аналіз копінг-стратегій показав, що близько чверті респондентів переважно використовують стратегію уникнення як спосіб подолання стресових ситуацій, що є потенційно дезадаптивною. Уникнення не дозволяє конструктивно вирішувати проблеми, призводить до накопичення психологічної напруги, яка трансформується у психосоматичні симптоми. Водночас значна частина вибірки недостатньо використовує соціальну підтримку, що позбавляє їх важливого ресурсу для подолання стресу.

Помірний та тяжкий рівень соматизації виявлено у більше третини учасників, що підтверджує наявність вираженої психосоматичної симптоматики. Ці особи відчувають множинні тілесні симптоми, які значно впливають на якість їхнього життя та потребують психологічної допомоги.

Виявлені взаємозв'язки між показниками підтверджують теоретичні положення про багатофакторну природу психосоматичних порушень. Алекситимія ускладнює розпізнавання емоцій, що призводить до їх соматизації. Негативні емоційні стани створюють хронічне напруження в організмі. Дезадаптивні копінг-стратегії не дозволяють ефективно справлятися зі стресом. Дефіцит соціальної підтримки позбавляє можливості вербалізувати переживання. Усі ці фактори у взаємодії формують замкнуте коло психосоматичних проявів.

Отримані результати обґрунтовують необхідність розробки комплексної програми тренінгу, який б враховував виявлені особливості досліджуваних: спрямованість на розвиток емоційної компетентності для подолання алекситимії, роботу з негативними емоційними станами, формування адаптивних копінг-стратегій, розвиток навичок пошуку соціальної підтримки, усвідомлення зв'язку між психологічними процесами та соматичними симптомами.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Емпіричне дослідження прояву психосоматичних порушень особистості дозволило виявити основні соціально-психологічні чинники їх формування та визначити особливості прояву у досліджуваній вибірці.

Соціально-психологічні чинники формування психосоматичних порушень включають хронічний професійний стрес, який має кумулятивний ефект та призводить до виснаження психологічних ресурсів. Алекситимія виявляється у труднощах ідентифікації та вербалізації емоційних станів, що призводить до соматизації емоційного дистресу. Негативні афективні стани – депресія, тривога, стрес – мають двосторонній зв'язок з психосоматичними проявами. Деадаптивні копінг-стратегії, зокрема уникнення, не вирішують проблему та сприяють накопиченню психологічної напруги. Дефіцит соціальної підтримки позбавляє можливості вербалізувати та опрацювати переживання.

Для проведення емпіричного дослідження застосовано комплекс валідних психодіагностичних методик: «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS-20) для виявлення рівня алекситимії, «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42) для оцінки емоційного стану, «Індикатор копінг-стратегій Д. Амірхана» (CSI) для визначення стратегій подолання стресу, «Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15) для оцінки рівня соматизації.

За методикою «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS-20) виявлено, що значна частина респондентів має пограничний або високий рівень алекситимії. Ці особи мають труднощі з розпізнаванням власних емоційних станів, не можуть диференціювати різні почуття, відчувають складнощі у підборі слів для опису переживань, схильні до зовнішньо орієнтованого мислення.

За методикою «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42) виявлено поширеність негативних афективних станів у досліджуваних. Підвищені показники депресії проявляються у зниженні настрою, втраті інтересу, відчутті безнадійності. Тривога характеризується вегетативним збудженням, постійним занепокоєнням, внутрішнім напруженням. Стрес проявляється у труднощах з розслабленням, нервовому збудженні, роздратуванні.

За методикою «Індикатор копінг-стратегій Д. Амірхана» (CSI) виявлено неоднорідність репертуару стратегій подолання стресу. Частина респондентів активно використовує адаптивну стратегію вирішення проблем. Стратегія пошуку соціальної підтримки використовується недостатньо. Значна частина вибірки систематично застосовує дезадаптивну стратегію уникнення, що призводить до накопичення психологічної напруги.

За методикою «Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15) виявлено різний ступінь вираженості соматизації від мінімального до важкого рівня. Значна частина учасників має помірний або важкий рівень з множинними соматичними скаргами, що впливають на якість життя та потребують психологічної допомоги.

Отримані результати підтверджують взаємозв'язок між алекситимією, негативними емоційними станами, дезадаптивними копінг-стратегіями та психосоматичною симптоматикою, що формує замкнуте коло психосоматичних проявів. Результати обґрунтовують необхідність розробки комплексної програми психологічної допомоги, спрямованої на розвиток емоційної компетентності, роботу з негативними емоційними станами, формування адаптивних копінг-стратегій та усвідомлення зв'язку між психологічними процесами та соматичними симптомами.

РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ПОДОЛАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ЗАСОБАМИ ПОЗИТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

3.1. Позитивна психотерапія як ресурсо-фокусований метод

Позитивна психотерапія є одним із сучасних напрямів психотерапевтичної практики, який набуває особливої актуальності у роботі з психосоматичними порушеннями. Цей метод був розроблений німецьким психотерапевтом іранського походження Носсратом Пезешкіаном у 1968 році та отримав широке визнання у світовій психотерапевтичній спільноті [37]. Назва методу походить від латинського слова «positum», що означає «дане, наявне, фактичне», а не просто «позитивне» у буденному розумінні цього слова. Таким чином, позитивна психотерапія зосереджується на тому, що вже є у людини – її ресурсах, здібностях та потенціалах.

Л. Москаленко у своїй роботі зазначає, що позитивна психотерапія являє собою унікальний синтез східної мудрості та західної наукової традиції [37]. Цей транскультурний підхід дозволяє враховувати культурні особливості клієнтів та використовувати притчі, історії та метафори як терапевтичні інструменти. Для українського контексту це має особливе значення, оскільки дозволяє інтегрувати національні культурні традиції у терапевтичний процес.

Теоретичним підґрунтям позитивної психотерапії є концепція цілісності людини, яка розглядається у єдності чотирьох сфер життя: тіло (фізичне здоров'я, відчуття), діяльність (робота, досягнення), контакти (стосунки, соціальна підтримка) та фантазії/майбутнє (сенси, цілі, духовність) [14]. Л. Г. Боброва підкреслює, що саме баланс між цими сферами є основою психічного здоров'я особистості, а його порушення призводить до розвитку різноманітних розладів, у тому числі психосоматичних [8].

І. Гордієнко-Митрофанова у навчальному посібнику з позитивної психотерапії акцентує увагу на ресурсо-фокусованому характері цього методу [14]. На відміну від традиційних підходів, які зосереджуються переважно на

патології та симптомах, позитивна психотерапія спрямована на виявлення та активізацію внутрішніх ресурсів особистості. Симптом розглядається не як щось негативне, що потрібно усунути, а як сигнал, що вказує на незадоволені потреби та нереалізовані можливості.

О. Лазорко у програмі навчальної дисципліни «Позитивна психотерапія» виділяє три основні принципи цього методу [25]:

Принцип надії передбачає, що кожна людина має здібності до подолання труднощів та особистісного зростання. Терапевт допомагає клієнту побачити ресурси та можливості там, де раніше бачилися лише проблеми. Цей принцип є особливо важливим у роботі з психосоматичними порушеннями, оскільки дозволяє змінити ставлення до симптому з негативного на конструктивне.

Принцип балансу полягає у досягненні гармонії між чотирма сферами життя. Психосоматичні симптоми часто виникають як результат дисбалансу, коли одна сфера (наприклад, робота) домінує над іншими. Відновлення балансу сприяє зменшенню симптоматики та покращенню загального самопочуття.

Принцип консультування базується на партнерській взаємодії між терапевтом та клієнтом. Клієнт розглядається як експерт власного життя, а терапевт – як провідник, який допомагає знайти шлях до зцілення. Цей принцип сприяє формуванню відповідальності за власне здоров'я та активної позиції у процесі одужання.

О. Лесик у кваліфікаційній роботі «Позитивна психотерапія як ефективний метод в роботі психолога» демонструє, що даний підхід є особливо ефективним у роботі з психосоматичними проявами завдяки своїй спрямованості на цілісне розуміння людини [26]. Авторка підкреслює, що позитивна психотерапія дозволяє працювати одночасно з тілесними симптомами та їх психологічним підґрунтям, не розділяючи людину на «тіло» та «психіку».

Л. З. Сердюк та В. В. Завірюха досліджували роль позитивної психотерапії у сприянні психологічному благополуччю особистості [56]. Автори встановили, що застосування принципів та технік позитивної психотерапії сприяє підвищенню рівня суб'єктивного благополуччя, зниженню

тривожності та покращенню якості життя. Ці результати є особливо релевантними для осіб з психосоматичними порушеннями, оскільки психологічне благополуччя є важливим фактором одужання.

О. А. Чиханцова досліджувала позитивну психотерапію як фактор сприяння розвитку життєстійкості особистості [66]. Життєстійкість – це інтегративна особистісна характеристика, що включає залученість, контроль та прийняття ризику. Автор доводить, що техніки позитивної психотерапії сприяють формуванню життєстійкості, яка є важливим захисним фактором проти розвитку психосоматичних порушень та сприяє їх подоланню.

Н. О. Ханецька та О. А. Чиханцова у спільному дослідженні підкреслюють, що позитивна психотерапія є ефективним методом формування життєстійкості через роботу з актуальними та базовими здібностями особистості [61]. Актуальні здібності (пунктуальність, охайність, ввічливість тощо) та базові здібності (любов, надія, довіра тощо) розглядаються як ресурси, що можуть бути активізовані у терапевтичному процесі.

О. Ніздрань-Федорович досліджувала застосування позитивної психотерапії у роботі з клієнтами із психотичними розладами [41]. Хоча психосоматичні порушення не є психотичними розладами, дослідження демонструє універсальність та адаптивність методу позитивної психотерапії до різних категорій клієнтів та різноманітних проблем.

Н. Ордатій, В. Ангельська та Н. Гуменюк у статті «Позитивна психотерапія: відновлення ресурсів і сил після травми» розглядають можливості застосування позитивної психотерапії у роботі з травматичним досвідом [43]. Автори підкреслюють, що травма часто проявляється через психосоматичні симптоми, а позитивна психотерапія дозволяє працювати з цими проявами через активізацію ресурсів та переосмислення травматичного досвіду. В умовах воєнного стану в Україні це дослідження набуває особливої актуальності.

М. І. Мушкевич та С. Є. Чагарна у навчальному посібнику «Основи психотерапії» розглядають позитивну психотерапію як один із ефективних методів сучасної психотерапевтичної практики [39]. Автори підкреслюють її

інтегративний характер та можливість поєднання з іншими терапевтичними підходами, що є важливим для роботи з психосоматичними порушеннями, які вимагають комплексного впливу.

Особливої уваги заслуговує п'ятиступенева модель позитивної психотерапії, яка є основним алгоритмом терапевтичної роботи [14]:

Перша ступінь – спостереження та дистанціювання – передбачає опис симптомів та ситуації, а також формування здатності подивитися на проблему з боку. На цьому етапі важливо допомогти клієнту усвідомити зв'язок між психологічними переживаннями та тілесними симптомами.

Друга ступінь – інвентаризація – спрямована на аналіз чотирьох сфер життя та виявлення дисбалансу. Клієнт досліджує, як розподіляється його енергія та увага між тілом, діяльністю, контактами та фантазіями/майбутнім.

Третя ступінь – ситуативне заохочення – передбачає виявлення ресурсів та позитивних аспектів ситуації. Терапевт допомагає клієнту побачити, яку функцію виконує симптом та які потреби він намагається задовольнити.

Четверта ступінь – вербалізація – спрямована на розвиток здатності говорити про свої почуття та потреби. Це особливо важливо для осіб з алекситимією, які мають труднощі з ідентифікацією та вербалізацією емоцій.

П'ята ступінь – розширення цілей – передбачає формування нових життєвих перспектив та стратегій поведінки. Клієнт визначає, як він може задовольняти свої потреби більш конструктивними способами, не вдаючись до психосоматичних симптомів.

У роботі з психосоматичними порушеннями позитивна психотерапія використовує специфічні техніки та інструменти. Однією з ключових є техніка роботи з притчами та історіями, які дозволяють м'яко торкнутися болючих тем та знайти нові смисли у складних ситуаціях [37]. Притчі активізують образне мислення та обходять психологічні захисти, що є особливо важливим для осіб з алекситимією.

Техніка балансу чотирьох сфер життя дозволяє клієнту візуалізувати розподіл своєї енергії та виявити сфери, які потребують більшої уваги [8].

Часто психосоматичні симптоми виникають як сигнал про те, що певна сфера життя занедбана або перевантажена.

Групова форма роботи у позитивній психотерапії має свої переваги, особливо у роботі з психосоматичними порушеннями [39]. Група створює безпечний простір для обміну досвідом, забезпечує соціальну підтримку та дозволяє учасникам побачити, що вони не самотні у своїх переживаннях. Крім того, групова динаміка сприяє розвитку комунікативних навичок та здатності вербалізувати свої почуття.

Онлайн-формат проведення психотерапевтичних інтервенцій набуває все більшого поширення у сучасній практиці. С. Кузікова та співавтори у навчальному посібнику «Психологічний супровід особистості в умовах війни» підкреслюють, що онлайн-формат дозволяє забезпечити доступність психологічної допомоги для широкого кола осіб, незалежно від їх місця проживання [24]. Це є особливо актуальним в умовах воєнного стану, коли значна частина населення перебуває у вимушеному переміщенні або не має можливості відвідувати очні заняття.

Таким чином, позитивна психотерапія є ефективним ресурсо-фокусованим методом, який має значний потенціал у роботі з психосоматичними порушеннями. Її принципи (надія, баланс, консультування), п'ятиступенева модель та специфічні техніки дозволяють працювати з тілесними симптомами через активізацію внутрішніх ресурсів особистості, розвиток емоційної компетентності та відновлення балансу між різними сферами життя. Транскультурний характер методу та можливість адаптації до різних форматів роботи (індивідуальна, групова, онлайн) роблять його особливо релевантним для застосування в українському контексті. На основі теоретичного аналізу принципів та технік позитивної психотерапії було розроблено програму соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання психосоматичних порушень, яка буде представлена у наступному підрозділі.

3.2. Програма соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання психосоматичних порушень

На основі теоретичного аналізу принципів позитивної психотерапії та результатів констатувального експерименту було розроблено програму соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання психосоматичних порушень. Тренінг розрахований на 10 занять тривалістю 120 хвилин кожне та базується на ключових принципах позитивної психотерапії: надії, балансу та консультування. Основними завданнями програми є: зниження рівня алекситимії через розвиток емоційної компетентності; зменшення показників депресії, тривоги та стресу; формування адаптивних копінг-стратегій; зниження рівня соматизації через усвідомлення зв'язку між психічними процесами та тілесними проявами; відновлення балансу між чотирма сферами життя (тіло, діяльність, контакти, фантазії/майбутнє).

ЗАНЯТТЯ 1 Встановлення контакту та мотивація до змін

Тип заняття: Діагностично-мотиваційне

Тривалість: 120 хвилин

Мета заняття: Встановити робочий альянс з учасниками, сформувати мотивацію до активної участі у психокорекційному процесі, створити безпечне терапевтичне середовище, ознайомити зі структурою та цілями програми, надати базове розуміння психосоматичних порушень.

1. Вступ та технічна адаптація до онлайн-формату (15 хвилин)

Мета: Забезпечити технічну адаптацію учасників, встановити перший терапевтичний контакт.

Теоретична основа: Принципи побудови терапевтичного альянсу в онлайн-форматі [24].

Хід проведення: Ведучий вітає учасників та пояснює технічні аспекти роботи на платформі Zoom: перевірка звуку та відео, демонстрація функцій (чат, реакції, підняти руку), пояснення роботи breakout rooms. Ведучий наголошує: Протягом наступних десяти занять ми працюватимемо над тим,

щоб зрозуміти зв'язок між вашими емоціями та тілесними симптомами, навчитися розпізнавати свої почуття та знаходити здорові способи їх вираження.

Питання для перевірки: Чи всі можуть комфортно бачити та чути? Чи є технічні питання?

2. Встановлення групових норм та правил роботи (20 хвилин)

Мета: Спільно сформувати психологічно безпечний простір через визначення меж та норм взаємодії.

Теоретична основа: Принципи групової психотерапії та травма-інформованого підходу [39].

Хід проведення: Ведучий пропонує базові принципи роботи для обговорення та прийняття групою:

1. Конфіденційність – інформація залишається в групі, особиста інформація захищена;
2. Взаємоповага – присутність з увімкненими камерами (за можливості), активне слухання, прийняття різного досвіду;
3. Автентичність – розмова від власного імені через «Я-висловлювання», уникнення непрошених порад;
4. Право на межі – можливість відмовитися від вправи, взяти паузу, повідомити про дискомфорт;
5. Пунктуальність та технічна відповідальність.

Питання для обговорення: Які додаткові принципи важливі для вас? Що допоможе вам відчувати себе безпечно?

3. Міні-лекція Що таке психосоматика? (15 хвилин)

Мета: Надати базове розуміння природи психосоматичних порушень та їх зв'язку з емоційним станом.

Теоретична основа: Психосоматичний підхід [64], концепція цілісності людини в позитивній психотерапії [37].

Хід проведення: Ведучий пояснює: Термін 'психосоматика' походить від грецьких слів 'психе' (душа) та 'сома' (тіло). Психосоматичні порушення – це стани, коли психічні фактори відіграють провідну роль у виникненні або

загостренні тілесних симптомів. Це не означає, що симптоми 'вигадані' – вони абсолютно реальні, але їхнє коріння лежить у психологічній сфері.

Ведучий розкриває механізм формування психосоматичних симптомів: емоції, які не усвідомлюються або не знаходять адекватного вираження, можуть «говорити» через тіло. Наприклад, хронічна тривога може проявлятися через головний біль, м'язове напруження, проблеми з травленням. Депресивний стан часто супроводжується втомою, порушеннями сну, зниженням імунітету.

Ведучий знайомить учасників з моделлю чотирьох сфер життя в позитивній психотерапії: тіло (фізичне здоров'я, відчуття), діяльність (робота, досягнення), контакти (стосунки, соціальна підтримка), фантазії/майбутнє (сенси, цілі, духовність). Дисбаланс між цими сферами часто призводить до психосоматичних проявів [14].

Питання для обговорення: Чи помічали ви зв'язок між своїм емоційним станом та тілесними симптомами? Яка сфера життя, на вашу думку, найбільш перевантажена?

4. Вправа Моя історія з тілом (30 хвилин) [39]

Мета: Допомогти учасникам усвідомити власний досвід психосоматичних проявів та встановити зв'язок між емоціями і тілесними симптомами.

Теоретична основа: Наративний підхід у психотерапії, техніки позитивної психотерапії [37, 39].

Обладнання: Віртуальна дошка Miro з шаблоном часової лінії.

Хід проведення:

Етап 1: Індивідуальна робота (15 хвилин). Учасники на дошці Miro створюють особисту лінію часу своїх психосоматичних проявів, відзначаючи: коли вперше з'явилися тілесні симптоми; які життєві події передували появі симптомів; які емоції переживали у ті періоди; як симптоми змінювалися з часом; що допомагало полегшити стан.

Етап 2: Парний обмін (10 хвилин). У breakout rooms по двоє учасники діляться своїми історіями. Партнер практикує активне слухання без коментарів та порад.

Етап 3: Групова рефлексія (5 хвилин). Бажаючі діляться інсайтами: що було важливо помітити у власній історії?

Питання для обговорення: Які спільні теми ви помітили? Чи вдалося побачити зв'язок між життєвими подіями та симптомами?

5. Вправа Карта балансу чотирьох сфер (25 хвилин) [37]

Мета: Оцінити розподіл енергії та уваги між чотирма сферами життя, виявити дисбаланс.

Теоретична основа: Модель балансу в позитивній психотерапії Н. Пезешкіана [37].

Обладнання: Google Forms з опитувальником, Miro для візуалізації.

Хід проведення:

Етап 1: Індивідуальне оцінювання (10 хвилин). Учасники оцінюють за шкалою 0-100%, скільки часу та енергії вони витрачають на кожен сферу: тіло (сон, харчування, фізична активність, здоров'я), діяльність (робота, навчання, досягнення, обов'язки), контакти (сім'я, друзі, колеги, соціальне життя), фантазії/майбутнє (мрії, плани, духовність, творчість, відпочинок).

Етап 2: Візуалізація результатів (10 хвилин). На Miro кожен учасник створює діаграму, де розміри секторів відображають розподіл між сферами. Група бачить загальну картину: у більшості переважає сфера діяльності, тоді як інші сфери занедбані.

Етап 3: Групове обговорення (5 хвилин). Аналіз патернів дисбалансу.

Питання для обговорення: Яка сфера домінує? Яка найбільш занедбана? Як цей дисбаланс може впливати на ваше самопочуття?

6. Формування терапевтичного контракту (10 хвилин)

Мета: Створити спільне бачення цілей програми та індивідуальну мотивацію до змін.

Обладнання: Google Docs.

Хід проведення: Кожен учасник записує відповіді на питання: Що хочу змінити у своєму стані? Як зрозумію, що програма була ефективною? Що готовий вкладати у процес змін? Документ зберігається для подальшої рефлексії наприкінці програми.

7. Закриття сесії та міжсесійні завдання (5 хвилин)

Заключне коло: Кожен одним реченням завершує фразу: Сьогодні я усвідомив/усвідомила...

Міжсесійні завдання:

1. Щоденник спостережень: протягом тижня фіксувати моменти появи тілесних симптомів – що передувало, які емоції переживали, як довго тривало, що допомогло.
2. Спостереження за балансом: помічати, як розподіляєте час між чотирма сферами.

ЗАНЯТТЯ 2 Емоційна грамотність: навчаємося розпізнавати почуття

Тип заняття: Корекційно-розвивальне

Тривалість: 120 хвилин

Мета заняття: Розвинути здатність розпізнавати та диференціювати емоційні стани, навчити відрізняти емоції від тілесних відчуттів, знизити рівень алекситимії, сформуванати базовий словник емоцій.

1. Аналіз міжсесійних завдань та розігрів (15 хвилин)

Мета: Інтегрувати досвід самоспостереження, підтримати групову динаміку.

Хід проведення: Ведучий вітає учасників та запитує про досвід ведення щоденника спостережень. Учасники по черзі (бажаючи) діляться спостереженнями: чи вдалося помітити зв'язок між емоціями та симптомами? Що було найскладнішим у спостереженні?

Типові відповіді: Помітив, що головний біль з'являється після конфліктів на роботі, Було важко зрозуміти, що саме відчуваю – просто погано, Зрозуміла, що майже весь час у сфері діяльності.

Питання для обговорення: Які закономірності помітили? Що було найважчим – помітити симптом чи визначити емоцію?

2. Міні-лекція Алекситимія (15 хвилин)

Мета: Надати розуміння феномену алекситимії та його ролі у формуванні психосоматичних порушень.

Теоретична основа: Концепція алекситимії, психосоматичний підхід [21, 70].

Хід проведення: Ведучий пояснює: Алекситимія – це особливість, яка полягає у труднощах з розпізнаванням та описом власних емоцій. Це не хвороба, а особистісна характеристика, яка може бути виражена різною мірою. За результатами нашого дослідження, 60% учасників групи мають пограничний або високий рівень алекситимії.

Ведучий розкриває три компоненти алекситимії: труднощі з ідентифікацією почуттів (важко зрозуміти, що саме відчуваю – тривогу, сум чи гнів), труднощі з описом почуттів (важко підібрати слова для своїх переживань), зовнішньо орієнтоване мислення (фокус на зовнішніх подіях замість внутрішніх переживань).

Ведучий пояснює зв'язок з психосоматикою [47]: Коли емоції не розпізнаються та не виражаються словами, вони знаходять вихід через тіло. Замість 'я тривожуся' людина відчуває 'серце калатає'. Замість 'я злюся' – 'болить голова'. Тіло стає єдиним каналом для вираження того, що не може бути сказане словами.

Питання для обговорення: Чи впізнаєте себе в описі алекситимії? Що легше для вас – описати тілесні відчуття чи емоції?

3. Вправа Словник емоцій (25 хвилин) [55]

Мета: Розширити емоційний словник учасників, навчити диференціювати близькі за значенням емоції.

Теоретична основа: Техніки розвитку емоційної компетентності [33, 55].

Обладнання: Міро з колесом емоцій, Google Docs для спільної роботи.

Хід проведення:

Етап 1: Знайомство з колесом емоцій (10 хвилин). Ведучий демонструє на Міро колесо емоцій Р. Плутчика, яке включає базові емоції (радість, довіра, страх, здивування, сум, огида, гнів, передчуття) та їхні відтінки різної інтенсивності. Наприклад, страх може проявлятися як занепокоєння, тривога, переляк, жах.

Етап 2: Групова робота (10 хвилин). У Google Docs група спільно створює Словник тілесних проявів емоцій (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Словник тілесних проявів емоцій

Емоція	Як може відчуватися в тілі
Тривога	Стискання в грудях, прискорене серцебиття, напруження м'язів
Гнів	Жар, напруження щелеп, стиснуті кулаки
Сум	Важкість, тиск у грудях, ком у горлі
Радість	Легкість, тепло, розслаблення

Етап 3: Індивідуальна практика (5 хвилин). Кожен учасник згадує недавню ситуацію з тілесним симптомом і намагається ідентифікувати емоцію, використовуючи колесо емоцій та словник.

Питання для обговорення: Які емоції було найважче ідентифікувати? Чи допоміг словник тілесних проявів?

4. Перерва (10 хвилин)

5. Вправа Сканування тіла (20 хвилин) [56]

Мета: Навчити техніці усвідомленого сканування тіла для виявлення зон напруження та пов'язаних емоцій.

Теоретична основа: Техніки майндфулнес, тілесно-орієнтований підхід [84].

Хід проведення:

Етап 1: Керована практика (12 хвилин). Ведучий проводить сканування тіла голосом: Сядьте зручно, закрийте очі. Зверніть увагу на своє дихання... Тепер повільно перенесіть увагу на верхівку голови... Помічайте будь-які відчуття – напруження, тепло, холод, тиск... Не намагайтеся нічого змінювати, просто спостерігайте...

Послідовно: голова → обличчя (лоб, очі, щелепи) → шия та плечі → руки → груди → живіт → спина → таз → ноги → ступні.

Етап 2: Рефлексія (8 хвилин). Учасники записують у приватні нотатки: де виявили напруження, які емоції можуть бути пов'язані з цими зонами, що хотіли б змінити.

Питання для обговорення: Які зони тіла виявилися найбільш напруженими? Чи вдалося пов'язати напруження з емоцією?

6. Вправа Діалог з симптомом (25 хвилин) [43]

Мета: Трансформувати ставлення до симптому через техніку персоніфікації та діалогу.

Теоретична основа: Техніка роботи з симптомом у позитивній психотерапії [37, 43].

Обладнання: Приватні нотатки учасників.

Хід проведення:

Етап 1: Персоніфікація симптому (10 хвилин). Ведучий пропонує: Уявіть, що ваш симптом (головний біль, біль у спині, напруження) – це окрема частина вас, яка має голос. Вона намагається вам щось сказати. Напишіть від імені симптому лист собі: 'Я, твій головний біль, хочу сказати тобі...'

Етап 2: Відповідь симптому (10 хвилин). Учасники пишуть відповідь симптому від свого імені: Дякую, що сигналізуєш мені. Я розумію, що ти з'являєшся, коли... Я готовий...

Етап 3: Парний обмін (5 хвилин). У breakout rooms учасники діляться своїми діалогами (за бажанням).

Питання для обговорення: Яке послання несе ваш симптом? Чи змінилося ставлення до нього після діалогу?

7. Міні-лекція Симптом як сигнал (10 хвилин)

Мета: Переформулювати розуміння симптому з проблеми на інформацію про потреби.

Теоретична основа: Принцип надії в позитивній психотерапії [37].

Хід проведення: Ведучий пояснює основну ідею позитивної психотерапії щодо розуміння симптому: У позитивній психотерапії симптом розглядається не як ворог, якого треба перемогти, а як сигнал, який вказує на незадоволені потреби. Наше тіло – мудра система, яка намагається нам щось повідомити через симптоми. Головний біль може сигналізувати про потребу у відпочинку та зниженні навантаження. Біль у шлунку – про неперетравлені емоції, ситуації, які важко прийняти. Напруження в плечах – про занадто велику

відповідальність, яку ми несе́мо. Серцебиття – про тривогу, яку ми не усвідомлюємо. Вто́ма – про виснаження ресурсів та потребу в турботі про себе.

Ведучий розкриває зміну фокусу уваги: Коли ми розуміємо симптом як сигнал, питання змінюється з 'Як позбутися болю?' на 'Про що цей біль мене попереджає? Яка моя потреба не задоволена? Що я можу зробити, щоб подбати про цю потребу?' Це не означає, що ми маємо радіти симптому, але ми можемо бути вдячними тілу за те, що воно сигналізує нам про дисбаланс, поки ситуація не стала критичною.

Ведучий наводить приклади зміни ставлення: Замість боротьби із симптомом – діалог з ним. Замість страху перед симптомом – цікавість до того, що він повідомляє. Замість придушення симптому – турбота про потребу, яку він сигналізує. Таке розуміння дозволяє перейти від позиції жертви хвороби до позиції активного учасника процесу одужання.

8. Закриття сесії та міжсесійні завдання (10 хвилин)

Заключне коло: Сьогодні я дізнався/дізналася про свої емоції...

Міжсесійні завдання:

1. Щоденник емоцій: тричі на день (ранок, день, вечір) записувати: що відчуваю зараз? Де в тілі це відчуття? Яка емоція за цим стоїть?
2. Практика сканування тіла: один раз на день проводити самотійно 5-хвилинне сканування.
3. Діалог з симптомом: якщо з'явиться симптом – запитати його Що ти хочеш мені сказати?

ЗАНЯТТЯ 3 Когнітивні механізми психосоматики: як думки впливають на тіло

Тип заняття: Корекційно-розвивальне

Тривалість: 120 хвилин

Мета заняття: Розкрити роль когнітивних процесів у формуванні психосоматичних симптомів, навчити ідентифікувати дисфункціональні думки, познайомити з технікою когнітивного реструктурування, знизити катастрофізацію тілесних відчуттів.

1. Аналіз міжсесійних завдань та розігрів (15 хвилин)

Мета: Інтегрувати досвід ведення щоденника емоцій, підтримати прогрес.

Хід проведення: Ведучий вітає учасників та запитує про досвід виконання завдань. Учасники діляться спостереженнями зі щоденника емоцій.

Типові відповіді: Почав помічати, що 'просто погано' – це насправді тривога, Важко було зупинитися тричі на день, Діалог з симптомом допоміг – головний біль сказав, що я перевтомилась, Сканування тіла показало, що постійно напружую плечі.

Питання для обговорення: Що нового дізналися про свої емоції? Чи стало легше їх ідентифікувати?

2. Міні-лекція Когнітивна модель психосоматики (15 хвилин)

Мета: Надати розуміння того, як думки та переконання впливають на тілесні симптоми.

Теоретична основа: Когнітивна модель А. Бека, когнітивний підхід до психосоматики [3, 21].

Хід проведення: Ведучий пояснює базову когнітивну модель: Ситуація → Думка → Емоція → Тілесна реакція → Поведінка.

Приклад: Ситуація: відчув прискорене серцебиття. Думка: Щось не так з моїм серцем, можливо, інфаркт! Емоція: паніка, страх. Тілесна реакція: ще більше прискорення серцебиття, пітливість, задишка. Поведінка: виклик швидкої або уникнення фізичної активності.

Ведучий розкриває типові когнітивні спотворення при психосоматичних порушеннях [21]:

1. Катастрофізація: Цей головний біль – точно пухлина;
2. Гіперпильність до симптомів: постійний моніторинг тіла, пошук «неправильних» відчуттів;
3. Селективна увага: помічати тільки негативні симптоми, ігноруючи періоди хорошого самопочуття;
4. Персоналізація: Мій організм слабкий і не справляється;
5. Чорно-біле мислення: Або я повністю здоровий, або серйозно хворий.

Ведучий підкреслює: Ці думки виникають автоматично і здаються абсолютною правдою. Але це лише інтерпретації, а не факти. Наші думки можуть як посилювати, так і зменшувати тілесні симптоми.

Питання для обговорення: Які з цих спотворень впізнаєте у себе? Чи помічали, як думки впливали на ваші симптоми?

3. Вправа Автоматичні думки та тілесні симптоми (25 хвилин) [55]

Мета: Навчити ідентифікувати та записувати автоматичні думки, що виникають у відповідь на тілесні відчуття.

Теоретична основа: Техніка щоденника думок з когнітивно-поведінкової терапії [3].

Обладнання: Google Docs з шаблоном таблиці.

Хід проведення:

Етап 1: Пояснення методу (5 хвилин). Ведучий демонструє шаблон (див. табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Щоденник автоматичних думок

Ситуація/Симптом	Автоматична думка	Емоція (0-10)	Тілесна реакція	Поведінка
Відчув біль у грудях	Це серце, щось серйозне	Страх (8)	Задихка, пітливість	Виклик швидкої

Етап 2: Індивідуальна робота (15 хвилин). Учасники згадують 2-3 недавні ситуації, коли тілесні симптоми викликали занепокоєння, та заповнюють таблицю.

Етап 3: Парний обмін (5 хвилин). У breakout rooms учасники діляться своїми записами, допомагають один одному ідентифікувати автоматичні думки, якщо це було складно.

Питання для обговорення: Які думки виникають найчастіше? Чи помітили зв'язок між інтенсивністю думки та силою тілесної реакції?

4. Перерва (10 хвилин)

5. Вправа Засуджуючі думки (35 хвилин) [45]

Мета: Навчити техніці когнітивного реструктурування через критичну оцінку автоматичних думок.

Теоретична основа: Когнітивне реструктурування з когнітивно-поведінкової терапії [3].

Обладнання: Міро з шаблоном

Хід проведення:

Етап 1: Пояснення методу (10 хвилин). Ведучий пояснює: Коли виникає автоматична думка про симптом, ми сприймаємо її як абсолютну істину. Але що якби ця думка мала довести свою правоту в суді? Які докази вона б надала? Які б були контраргументи?

На дошці Міро створюється структура:

1. Обвинувачення (автоматична думка)
2. Докази ЗА (що підтверджує цю думку)
3. Докази ПРОТИ (що суперечить їй)
4. Альтернативна інтерпретація (більш збалансований погляд)
5. Нова емоційна реакція (0-10)

Етап 2: Робота з реальним прикладом (15 хвилин). Один учасник (доброволець) ділиться своєю думкою. Наприклад: Мій головний біль означає щось серйозне

Група разом заповнює схему:

Докази ЗА:

- Біль буває сильним
- Іноді триває довго
- Таблетки не завжди допомагають

Докази ПРОТИ:

- Лікар обстежив – нічого серйозного не знайдено
- Біль зникає після відпочинку
- Посилюється у стресових ситуаціях
- Багато років з цим живу – нічого не погіршилося

Альтернативна інтерпретація: Мій головний біль – це реакція організму на стрес і перевтому. Він неприємний, але не небезпечний. Це сигнал, що потрібно більше відпочивати.

Етап 3: Робота в трійках (10 хвилин). У breakout rooms учасники практикують техніку з власними думками. Один ділиться думкою, двоє інших допомагають знайти докази за і проти.

Питання для обговорення: Як змінилася емоційна реакція після перевірки думки? Що найважче – знайти докази проти чи сформулювати альтернативу?

6. Вправа Декатастрофізація (15 хвилин) [34]

Мета: Навчити техніці зниження катастрофічного мислення щодо симптомів.

Теоретична основа: Техніка декатастрофізації [3].

Хід проведення: Ведучий пояснює техніку А що, якщо...: Коли з'являється катастрофічна думка, задаємо собі питання:

1. Що найгірше може статися?
2. Що найкраще може статися?
3. Що найімовірніше станеться?
4. Якщо станеться найгірше – як я з цим впораюся?

Учасники індивідуально застосовують техніку до однієї зі своїх катастрофічних думок. Обговорення у групі: як змінилося сприйняття ситуації?

Питання для обговорення: Чи допомогло розглянути різні варіанти розвитку подій? Що найбільше знизило тривогу?

7. Створення Набору когнітивних інструментів (10 хвилин)

Мета: Систематизувати техніки для самостійного використання.

Обладнання: Google Docs зі спільним документом.

Хід проведення: Група спільно створює список інструментів:

Коли з'являється тривожна думка про симптом:

1. Записати думку у щоденник
2. Провести судовий процес (докази за і проти)
3. Застосувати декатастрофізацію (Що найімовірніше?)
4. Сформулювати альтернативну інтерпретацію

5. Оцінити нову емоційну реакцію

Документ надсилається всім учасникам.

ЗАНЯТТЯ 4 Стрес та копінг-стратегії: як ми справляємося з труднощами

Тип заняття: Корекційно-розвивальне

Тривалість: 120 хвилин

Мета заняття: Розкрити роль стресу у формуванні психосоматичних порушень, проаналізувати індивідуальні копінг-стратегії учасників, сформувати навички адаптивного подолання стресових ситуацій, знизити використання стратегії уникнення.

1. Аналіз міжсесійних завдань та розігрів (15 хвилин)

Мета: Інтегрувати досвід когнітивної роботи, підтримати групову динаміку.

Хід проведення: Ведучий вітає учасників та запитує про досвід практики когнітивних технік. Учасники діляться спостереженнями: чи вдавалося помічати автоматичні думки, чи допомагала техніка судового процесу.

Питання для обговорення: Що було найскладнішим у роботі з думками? Чи помітили зміни у реакції на симптоми?

2. Міні-лекція Стрес як тригер психосоматичних проявів (15 хвилин)

Мета: Надати розуміння механізмів впливу стресу на тіло та ролі копінг-стратегій.

Теоретична основа: Концепція стресу Г. Сельє, теорія копіngu [60].

Хід проведення: Ведучий пояснює, що стрес є одним із ключових факторів розвитку психосоматичних порушень. Коли людина переживає стрес, організм мобілізується для відповіді на загрозу. Якщо стрес хронічний, ця мобілізація виснажує ресурси та призводить до тілесних симптомів.

Ведучий розкриває поняття копінг-стратегій як способів, якими людина справляється зі стресовими ситуаціями. За результатами констатувального експерименту, 23% учасників групи переважно використовують стратегію уникнення, яка є потенційно дезадаптивною.

Три основні стратегії копіngu: вирішення проблем (активний пошук шляхів подолання труднощів), пошук соціальної підтримки (звернення до інших людей за допомогою та емоційною підтримкою), уникнення (відмова від зіткнення з проблемою, ігнорування, відволікання).

Ведучий підкреслює, що стратегія уникнення не вирішує проблему, а лише відкладає зіткнення з нею, при цьому психологічна напруга накопичується і трансформується в психосоматичні симптоми [19].

Питання для обговорення: Яку стратегію ви використовуєте найчастіше? Чи помічали, що уникнення призводить до посилення симптомів?

3. Вправа Карта моїх стресорів та реакцій (25 хвилин) [66]

Мета: Допомогти учасникам ідентифікувати основні джерела стресу та типові способи реагування на них.

Теоретична основа: Аналіз стресових факторів, індивідуальні патерни копіngu [60].

Обладнання: Miro з шаблоном карти стресорів.

Хід проведення:

Етап 1: Індивідуальне картування (15 хвилин). Учасники на Miro створюють карту, що включає: основні джерела стресу у житті (робота, сім'я, фінанси, здоров'я тощо), типову реакцію на кожен стресор (що роблю, коли стикаюся з цим), тілесні прояви стресу (які симптоми з'являються), оцінку ефективності реакції (допомагає чи погіршує ситуацію).

Етап 2: Парний обмін (10 хвилин). У breakout rooms учасники діляться картами, допомагають один одному побачити патерни реагування.

Питання для обговорення: Які стресори викликають найсильніші тілесні реакції? Чи є зв'язок між типом копіngu та інтенсивністю симптомів?

4. Перерва (10 хвилин)

5. Вправа Трансформація уникнення в активне подолання (40 хвилин) [60]

Мета: Навчити замінити стратегію уникнення на більш адаптивні способи подолання стресу.

Теоретична основа: Когнітивно-поведінкові техніки роботи з уникненням [3, 61].

Обладнання: Google Docs з таблицею трансформації.

Хід проведення:

Етап 1: Учасники індивідуально заповнюють таблицю (15 хвилин) (див. табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Аналіз патернів уникнення

Ситуація	Як уникаю	Короткостроковий ефект	Довгостроковий ефект	Тілесні симптоми
Конфлікт на роботі	Не говорю про проблему	Тимчасове полегшення	Напруження зростає	Головний біль

Етап 2: Пошук альтернатив у трійках (15 хвилин). У breakout rooms учасники допомагають один одному знайти альтернативні стратегії для кожної ситуації уникнення. Використовують питання: Що б я порадив другу в такій ситуації? Який маленький крок до вирішення можна зробити? До кого можна звернутися за підтримкою?

Етап 3: Групове обговорення (10 хвилин). Учасники діляться найефективнішими альтернативами, група створює банк адаптивних стратегій.

Питання для обговорення: Що найважче у відмові від уникнення? Яка альтернативна стратегія здається найреалістичнішою для вас?

6. Закриття сесії та міжсесійні завдання (15 хвилин)

Заключне коло: Кожен завершує фразу: Один спосіб подолання стресу, який я спробую цього тижня...

Міжсесійні завдання:

1. Щоденник копіngu: фіксувати стресові ситуації та свої реакції, відзначати, коли вдалося замінити уникнення на активне подолання.
2. Один експеримент: обрати одну ситуацію, яку зазвичай уникаєте, та спробувати активну стратегію подолання.

3. Спостереження за тілом: помічати, як змінюються тілесні відчуття при різних способах реагування на стрес.

ЗАНЯТТЯ 5 Емоційна регуляція: як бути з важкими почуттями

Тип заняття: Корекційно-розвивальне

Тривалість: 120 хвилин

Мета заняття: Навчити навичкам емоційної регуляції, розвинути здатність витримувати інтенсивні емоції без соматизації, сформувати здорові стратегії вираження емоцій, знизити показники тривоги та депресії.

1. Аналіз міжсесійних завдань та розігрів (15 хвилин)

Мета: Інтегрувати досвід роботи з копінг-стратегіями, підтримати прогрес.

Хід проведення: Ведучий вітає учасників та запитує про досвід експериментування з новими стратегіями подолання стресу. Учасники діляться результатами: чи вдалося замінити уникнення на активне подолання, що допомогло, які труднощі виникли.

Питання для обговорення: Як змінилися тілесні відчуття, коли використовували активну стратегію замість уникнення?

2. Міні-лекція Емоції та тіло: чому важливо відчувати (15 хвилин)

Мета: Надати розуміння ролі емоційної регуляції у профілактиці психосоматичних порушень.

Теоретична основа: Концепція емоційної регуляції, зв'язок придушення емоцій та соматизації [47, 29].

Хід проведення: Ведучий пояснює, що емоції виконують важливу сигнальну функцію – вони повідомляють про наші потреби, цінності, про те, що відбувається у стосунках з іншими. Коли емоції не отримують адекватного вираження, вони знаходять вихід через тіло.

За результатами констатувального експерименту, 53% учасників мають підвищені показники депресії, 63% – тривоги, 60% – стресу. Ці емоційні стани часто супроводжуються психосоматичними проявами.

Ведучий розкриває два дезадаптивних способи поведінки з емоціями: придушення (намагання не відчувати, ігнорування емоцій, що призводить до їх

накопичення та соматизації) та затоплення (повне занурення в емоцію без здатності регулювати її інтенсивність).

Адаптивна емоційна регуляція передбачає здатність розпізнавати емоції, дозволяти собі їх відчувати, регулювати інтенсивність та знаходити здорові способи вираження [55].

Питання для обговорення: Який спосіб поводження з емоціями ближчий вам – придушення чи затоплення? Як це впливає на тілесні симптоми?

3. Вправа Серфінг на хвилі емоції (30 хвилин) [56]

Мета: Навчити витримувати інтенсивні емоції без реактивної поведінки та соматизації.

Теоретична основа: Техніки толерантності до дистресу, майндфулнес-підхід [84].

Хід проведення:

Етап 1: Пояснення метафори (5 хвилин). Ведучий пояснює: емоція подібна до хвилі в океані – вона піднімається, досягає піку і спадає. Якщо намагатися зупинити хвилю (придушити емоцію), вона стає цунамі. Якщо навчитися серфити – можна витримати будь-яку хвилю.

Етап 2: Керована практика (15 хвилин). Ведучий проводить практику: учасники згадують ситуацію, яка викликає помірно інтенсивну емоцію (тривогу, сум, гнів). Кроки серфінгу: помітити, що емоція приходить, назвати її; не боротися, не втікати – сказати собі, що це тільки почуття; зосередитися на диханні як якорі; спостерігати, як емоція змінюється (де в тілі, яка інтенсивність за шкалою 0-10); нагадати собі, що це тимчасово; дозволити емоції бути, поки вона не спаде природно.

Етап 3: Рефлексія (10 хвилин). Учасники діляться досвідом: як змінювалася інтенсивність емоції, що було найскладнішим.

Питання для обговорення: Чи вдалося залишатися спостерігачем емоції? Як змінилися тілесні відчуття під час практики?

4. Перерва (10 хвилин)

5. Вправа Здорові способи вираження емоцій (35 хвилин) [55]

Мета: Сформувати репертуар адаптивних способів вираження різних емоцій.

Теоретична основа: Техніки емоційної експресії, арт-терапевтичний підхід [43, 55].

Обладнання: Міро для групової роботи, приватні нотатки.

Хід проведення:

Етап 1: Груповий мозковий штурм (15 хвилин). На Міро група створює карту здорових способів вираження для основних емоцій:

Тривога: дихальні вправи, фізична активність, розмова з близькою людиною, письмове вираження, техніка заземлення.

Гнів: фізичне розвантаження (спорт, прибирання), асертивне вираження потреб, письмо, творчість, техніка паузи.

Сум: дозвіл на сльози, розмова з тим хто підтримує, ведення щоденника, музика, природа.

Страх: називання страху вголос, аналіз реальності загрози, пошук підтримки, поступове зіткнення.

Етап 2: Індивідуальний план (15 хвилин). Кожен учасник обирає 2-3 способи для кожної емоції, які готовий практикувати, та записує у свій персональний набір інструментів.

Етап 3: Парна практика (5 хвилин). У breakout rooms учасники діляться своїми планами, отримують підтримку від партнера.

Питання для обговорення: Які способи вираження емоцій вже використовуєте? Що нового готові спробувати?

6. Закриття сесії та міжсесійні завдання (15 хвилин)

Заключне коло: Сьогодні я зрозумів/зрозуміла про свої емоції...

Міжсесійні завдання:

1. Практика серфінгу: при інтенсивних емоціях застосовувати техніку, записувати результат.
2. Експеримент з вираженням: спробувати хоча б один новий спосіб вираження емоції зі свого плану.

3. Щоденник емоцій: продовжувати фіксувати емоції та способи їх вираження, помічати вплив на тілесні симптоми.

ЗАНЯТТЯ 6 Баланс чотирьох сфер життя: шлях до гармонії

Тип заняття: Корекційно-розвивальне

Тривалість: 120 хвилин

Мета заняття: Поглибити розуміння концепції балансу в позитивній психотерапії, проаналізувати індивідуальний дисбаланс учасників, розробити стратегії відновлення рівноваги між сферами життя, зменшити перевантаження домінуючої сфери.

1. Аналіз міжсесійних завдань та розігрів (15 хвилин)

Мета: Інтегрувати досвід емоційної регуляції, підтримати прогрес.

Хід проведення: Ведучий вітає учасників та запитує про досвід практики серфінгу та нових способів вираження емоцій. Учасники діляться спостереженнями: що вдалося, які труднощі виникли, як це вплинуло на тілесні симптоми.

Питання для обговорення: Чи помітили зв'язок між способом вираження емоцій та самопочуттям? Що було найефективнішим?

2. Міні-лекція Чотири сфери життя: де ховається дисбаланс (15 хвилин)

Мета: Поглибити розуміння моделі балансу та її зв'язку з психосоматичними порушеннями.

Теоретична основа: Модель балансу чотирьох сфер життя Н. Пезешкіана [14, 37].

Хід проведення: Ведучий нагадує модель чотирьох сфер та поглиблює розуміння кожної:

Тіло – це не лише фізичне здоров'я, а й здатність відчувати тілесні сигнали, турбуватися про себе, отримувати задоволення від тілесного досвіду (їжа, рух, відпочинок, сексуальність).

Діяльність – робота, навчання, досягнення, але також і повсякденні справи, обов'язки, фінансова сфера. Сюди відноситься все, що ми робимо.

Контакти – стосунки з іншими людьми: сім'я, друзі, колеги, спільноти. Це сфера приналежності, любові, підтримки.

Фантазії/Майбутнє – мрії, плани, цілі, сенси, духовність, творчість, відпочинок та розваги.

Ведучий пояснює, що у сучасному суспільстві найчастіше домінує сфера діяльності за рахунок інших. Коли людина вкладає всю енергію в роботу, занедбуючи тіло, контакти та духовну сферу, організм починає сигналізувати про дисбаланс через симптоми [8].

Питання для обговорення: Як на першому занятті виглядав ваш баланс? Чи змінилося щось за цей час?

3. Вправа Глибинний аналіз мого дисбалансу (30 хвилин) [25]

Мета: Провести детальний аналіз стану кожної сфери життя та виявити конкретні зони дефіциту.

Теоретична основа: П'ятиступенева модель позитивної психотерапії, етап інвентаризації [14, 25].

Обладнання: Google Forms з опитувальником, Міро для візуалізації.

Хід проведення:

Етап 1: Детальне оцінювання (15 хвилин). Учасники заповнюють розширений опитувальник для кожної сфери:

Тіло: Як часто висипаюся? Чи регулярно харчуюся? Чи є фізична активність? Чи дозволяю собі відпочивати? Як ставлюся до свого тіла?

Діяльність: Скільки годин працюю? Чи є задоволення від роботи? Чи залишається час на інше? Чи вмію відмовляти? Чи є межі між роботою та особистим життям?

Контакти: Чи є близькі люди? Скільки часу проводжу з родиною/друзями? Чи відчуваю підтримку? Чи можу просити про допомогу? Чи є самотність?

Фантазії/Майбутнє: Чи є мрії та плани? Чи бачу сенс у тому, що роблю? Чи є творчість та захоплення? Чи є час на розваги? Чи відчуваю надію щодо майбутнього?

Етап 2: Візуалізація результатів (10 хвилин). На Miro учасники створюють оновлену діаграму балансу та порівнюють з початковою (заняття 1).

Етап 3: Групове обговорення (5 хвилин). Виявлення спільних патернів дисбалансу.

Питання для обговорення: Яка сфера потребує найбільшої уваги? Що конкретно бракує в занедбаній сфері?

4. Перерва (10 хвилин)

5. Вправа План відновлення балансу (35 хвилин) [56]

Мета: Розробити конкретний план дій для відновлення рівноваги між сферами життя.

Теоретична основа: П'ятиступенева модель позитивної психотерапії, етап розширення цілей [56].

Обладнання: Google Docs для індивідуальних планів.

Хід проведення:

Етап 1: Визначення пріоритетів (10 хвилин). Кожен учасник обирає одну-дві сфери, які потребують найбільшої уваги, та формулює конкретні потреби в цих сферах.

Етап 2: Розробка плану (15 хвилин). Учасники створюють план відновлення балансу за структурою:

Сфера, яку розвиваю: (наприклад, Контакти) Що конкретно хочу змінити: (більше часу з родиною) Три конкретні кроки на найближчий тиждень:

1. (Подзвонити батькам двічі на тиждень)
2. (Організувати зустріч з другом)
3. (Вечеря з партнером без телефонів) Що може завадити: (робочі справи)

Як подолаю перешкоди: (поставлю нагадування, попереджу про недоступність)

Етап 3: Парний обмін та підтримка (10 хвилин). У breakout rooms учасники діляться планами, допомагають один одному зробити їх реалістичними.

Питання для обговорення: Який крок здається найлегшим? Що може стати на заваді? Як можете підтримати себе у виконанні плану?

6. Закриття сесії та міжсесійні завдання (15 хвилин)

Заключне коло: Для відновлення балансу я зроблю...

Міжсесійні завдання:

1. Виконання плану: реалізувати хоча б два кроки зі свого плану відновлення балансу.
2. Щоденник балансу: щодня відзначати, скільки часу приділили кожній сфері, помічати зміни у самопочутті.
3. Рефлексія: наприкінці тижня оцінити, як зміни в балансі вплинули на тілесні симптоми.

ЗАНЯТТЯ 7 Внутрішні ресурси та позитивне переосмислення симптому

Тип заняття: Корекційно-розвивальне

Тривалість: 120 хвилин

Мета заняття: Активізувати внутрішні ресурси особистості, навчити техніці позитивного переосмислення симптому, сформувати ресурсний стан для подолання труднощів, розвинути здатність бачити можливості у кризових ситуаціях.

1. Аналіз міжсесійних завдань та розігрів (15 хвилин)

Мета: Інтегрувати досвід відновлення балансу, підтримати прогрес.

Хід проведення: Ведучий вітає учасників та запитує про досвід виконання плану відновлення балансу. Учасники діляться результатами: які кроки вдалося реалізувати, що завадило, як зміни вплинули на самопочуття та тілесні симптоми.

Питання для обговорення: Чи помітили зв'язок між змінами у балансі сфер та тілесними симптомами? Що було найскладнішим у виконанні плану?

2. Міні-лекція Ресурсний підхід у позитивній психотерапії (15 хвилин)

Мета: Надати розуміння ресурсного підходу та принципу надії в позитивній психотерапії.

Теоретична основа: Принцип надії в позитивній психотерапії, концепція актуальних та базових здібностей [37, 61].

Хід проведення: Ведучий пояснює, що позитивна психотерапія базується на переконанні, що кожна людина має здібності до подолання труднощів та особистісного зростання. Назва методу походить від латинського «positum» – дане, наявне, фактичне. Це означає фокус на тому, що вже є у людини – її ресурсах, здібностях, досвіді подолання [37].

Ведучий розкриває два типи здібностей за Н. Пезешкіаном: базові здібності (любов, надія, довіра, впевненість, сенс) та актуальні здібності (пунктуальність, охайність, ввічливість, чесність, терпіння тощо). Обидва типи є ресурсами, які можна активізувати [14].

Ведучий підкреслює, що навіть симптом у позитивній психотерапії розглядається не як ворог, а як ресурс – сигнал про потреби та можливість для змін [43].

Питання для обговорення: Які свої сильні сторони ви можете назвати? Чи замислювалися раніше про симптом як про ресурс?

3. Вправа Інвентаризація ресурсів (25 хвилин) [66]

Мета: Допомогти учасникам виявити та систематизувати власні внутрішні та зовнішні ресурси.

Теоретична основа: Ресурсний підхід, концепція життєстійкості [66].

Обладнання: Miro з шаблоном карти ресурсів.

Хід проведення:

Етап 1: Індивідуальна робота (15 хвилин). Учасники на Miro створюють карту власних ресурсів за категоріями:

Внутрішні ресурси: мої сильні сторони характеру, знання та навички, досвід подолання труднощів у минулому, цінності та переконання що підтримують.

Зовнішні ресурси: люди які підтримують, спільноти до яких належу, місця де відновлююся, діяльність що наповнює.

Тілесні ресурси: що допомагає тілу відновлюватися, які практики підтримують здоров'я, де беру енергію.

Етап 2: Парний обмін (10 хвилин). У breakout rooms учасники діляться картами, партнер допомагає побачити ресурси яких людина не помічає.

Питання для обговорення: Що здивувало у власній карті ресурсів? Які ресурси використовуєте недостатньо?

4. Перерва (10 хвилин)

5. Вправа Позитивне переосмислення симптому (40 хвилин) [43]

Мета: Навчити техніці позитивної реінтерпретації симптому як сигналу про потреби та можливості для змін.

Теоретична основа: Техніка позитивної реінтерпретації в позитивній психотерапії, принцип надії [43].

Обладнання: Google Docs для індивідуальної роботи.

Хід проведення:

Етап 1: Пояснення техніки (10 хвилин). Ведучий пояснює, що кожен симптом виконує певну функцію та несе послання. Позитивне переосмислення не означає заперечення страждання, а пошук сенсу та можливостей у ситуації.

Приклади позитивних інтерпретацій симптомів [37]:

1. Головний біль: здатність реагувати на перевантаження, сигнал про потребу у відпочинку
2. Безсоння: можливість для роздумів, сигнал про невирішені питання
3. Напруження м'язів: захист від навантаження, потреба у межах
4. Проблеми зі шлунком: труднощі з перетравленням не лише їжі, а й життєвих ситуацій

Етап 2: Індивідуальна робота (15 хвилин). Кожен учасник обирає свій основний симптом та працює за схемою:

Мій симптом: (наприклад, хронічна втома) Негативна інтерпретація: (я слабкий, не справляюся) Позитивна інтерпретація: (мій організм вміє сигналізувати про виснаження, це захист від повного вигорання) Про яку потребу сигналізує: (потреба у відновленні, відпочинку, турботі про себе) Які можливості відкриває: (переглянути пріоритети, навчитися ставити межі, більше цінувати себе) Що я можу зробити інакше: (дозволити собі відпочивати без провини, делегувати справи)

Етап 3: Групове обговорення (15 хвилин). Бажаючі діляться своїми переосмисленнями, група підтримує та допомагає знайти додаткові позитивні аспекти.

Питання для обговорення: Як змінилося ставлення до симптому після переосмислення? Чи легше тепер побачити послання яке він несе?

6. Закриття сесії та міжсесійні завдання (15 хвилин)

Заключне коло: Ресурс який я відкрив у собі сьогодні...

Міжсесійні завдання:

1. Щоденник ресурсів: щодня записувати хоча б один ресурс який використали або помітили в собі.
2. Практика позитивного переосмислення: при появі симптому запитувати себе Про що цей симптом мене попереджає? Яку потребу сигналізує?
3. Лист вдячності симптому: написати короткий лист симптому з подякою за його захисну функцію та обіцянкою турбуватися про потребу яку він сигналізує.

ЗАНЯТТЯ 8 Соціальна підтримка та навички комунікації

Тип заняття: Корекційно-розвивальне

Тривалість: 120 хвилин

Мета заняття: Розвинути навички пошуку та отримання соціальної підтримки, навчити ефективній комунікації про свої потреби, підвищити використання копінг-стратегії звернення за підтримкою, зміцнити соціальні зв'язки як ресурс подолання психосоматичних порушень.

1. Аналіз міжсесійних завдань та розігрів (15 хвилин)

Мета: Інтегрувати досвід ресурсної роботи та позитивного переосмислення.

Хід проведення: Ведучий вітає учасників та запитує про досвід практики позитивного переосмислення симптомів. Учасники діляться спостереженнями: чи вдалося побачити симптом як сигнал, що змінилося у ставленні до нього.

Питання для обговорення: Як вплинула практика позитивного переосмислення на інтенсивність симптомів? Чи вдалося використати нові ресурси?

2. Міні-лекція Соціальна підтримка як захисний фактор (15 хвилин)

Мета: Надати розуміння ролі соціальної підтримки у подоланні психосоматичних порушень.

Теоретична основа: Роль соціальної підтримки у психічному здоров'ї, сфера контактів у позитивній психотерапії [57].

Хід проведення: Ведучий пояснює, що соціальна підтримка є одним із найпотужніших захисних факторів проти стресу та психосоматичних порушень. За результатами констатувального експерименту, лише 27% учасників активно використовують стратегію пошуку соціальної підтримки [57].

Ведучий розкриває типи соціальної підтримки: емоційна (емпатія, турбота, можливість поділитися переживаннями), інформаційна (поради, інформація, допомога у прийнятті рішень), інструментальна (практична допомога, конкретні дії), оціночна (позитивний зворотний зв'язок, визнання).

Ведучий пояснює зв'язок з психосоматикою: можливість поділитися переживаннями дозволяє їх вербалізувати, що знижує ймовірність соматизації [56]. Відчуття підтримки знижує рівень стресу та тривоги. Водночас багато людей мають труднощі з проханням про допомогу через страх бути тягарем або відкинутим.

Питання для обговорення: Чи легко вам просити про підтримку? Який тип підтримки найбільше потребуєте?

3. Вправа Карта соціальної підтримки (25 хвилин) [25]

Мета: Оцінити наявну мережу підтримки та виявити ресурси та дефіцити.

Теоретична основа: Концепція соціальної мережі, сфера контактів [14].

Обладнання: Міро з шаблоном концентричних кіл.

Хід проведення:

Етап 1: Індивідуальне картування (15 хвилин). Учасники створюють карту соціальних зв'язків у вигляді концентричних кіл: внутрішнє коло

(найближчі люди яким можу довіритися повністю), середнє коло (друзі та близькі знайомі), зовнішнє коло (колеги, сусіди, знайомі).

Для кожної людини відзначають: який тип підтримки можу отримати від неї, наскільки легко звертаюся до неї, коли востаннє зверталася/звертався.

Етап 2: Аналіз карти (10 хвилин). Групове обговорення патернів: наскільки заповнені кола, чи є люди для різних типів підтримки, які бар'єри заважають звертатися.

Питання для обговорення: Яке коло найбільш заповнене? Чи є люди до яких можете звернутися за емоційною підтримкою? Що заважає звертатися частіше?

4. Перерва (10 хвилин)

5. Вправа Практика прохання про підтримку (40 хвилин) [35]

Мета: Відпрацювати навички асертивного звернення за підтримкою.

Теоретична основа: Техніки асертивної комунікації, Я-висловлювання [39].

Хід проведення:

Етап 1: Пояснення асертивного стилю (10 хвилин). Ведучий демонструє різницю між стилями прохання:

Пасивний: Та нічого, я якось сам... (приховує потребу) Агресивний: Тобі взагалі байдуже як я себе почуваю! (звинувачує) Асертивний: Мені зараз важко і мені була б дуже потрібна твоя підтримка. Чи можемо поговорити? (чітко висловлює потребу з повагою)

Структура асертивного прохання: опис ситуації (без звинувачень), вираження почуттів (Я-висловлювання), конкретне прохання, пояснення чому це важливо.

Етап 2: Рольова гра у парах (20 хвилин). У breakout rooms учасники практикують асертивні прохання у різних ситуаціях: попросити близьку людину вислухати, звернутися до колеги за допомогою, попросити партнера про підтримку коли погано себе почуваєте, сказати другу що потребуєте більше контакту. Після кожної сценки партнер дає зворотний зв'язок.

Етап 3: Групове обговорення (10 хвилин). Учасники діляться досвідом: що було найскладнішим, які формулювання працювали найкраще.

Питання для обговорення: Який стиль прохання звичний для вас? Що змінилося коли спробували асертивний підхід?

6. Закриття сесії та міжсесійні завдання (15 хвилин)

Заключне коло: Про підтримку я зрозумів/зрозуміла...

Міжсесійні завдання:

1. Одне асертивне прохання: протягом тижня звернутися до когось за конкретною підтримкою використовуючи асертивний стиль.
2. Підтримка для іншого: запропонувати підтримку комусь із свого оточення.
3. Щоденник контактів: відзначати соціальні взаємодії та як вони впливають на самопочуття і тілесні симптоми.

ЗАНЯТТЯ 9 Профілактика рецидивів та закріплення навичок

Тип заняття: Корекційно-розвивальне

Тривалість: 120 хвилин

Мета заняття: Систематизувати набуті навички, розробити індивідуальний план профілактики рецидивів психосоматичних симптомів, підготувати учасників до самостійного застосування технік, сформулювати стратегії підтримки змін після завершення програми.

1. Аналіз міжсесійних завдань та розігрів (15 хвилин)

Мета: Інтегрувати досвід роботи з соціальною підтримкою.

Хід проведення: Ведучий вітає учасників та запитує про досвід асертивних прохань про підтримку. Учасники діляться результатами: чи вдалося звернутися, яка була реакція, як це вплинуло на самопочуття.

Питання для обговорення: Як змінилося відчуття коли отримали підтримку? Чи помітили вплив на тілесні симптоми?

2. Рефлексивна вправа Моя подорож через програму (30 хвилин) [38]

Мета: Структурувати та усвідомити зміни що відбулися протягом програми.

Теоретична основа: Рефлексивні практики, наративний підхід [39].

Обладнання: Міго з шаблоном лінії часу.

Хід проведення:

Етап 1: Індивідуальна робота (15 хвилин). Учасники створюють візуальну лінію часу програми, відзначаючи:

Точка старту: як почувався на початку, які були симптоми, які очікування. Ключові моменти: які заняття або вправи були найважливішими, коли з'явилися інсайти, які труднощі долав. Набуті навички: що освоїв (емоційна грамотність, когнітивне реструктурування, емоційна регуляція, баланс сфер, ресурсний підхід, соціальна підтримка). Зміни у житті: які конкретні кроки зробив, що змінилося у симптомах, як змінилося ставлення до себе та свого тіла. Точка зараз: як відчуваюся зараз, що змінилося, чим пишаюся.

Етап 2: Парний обмін (10 хвилин). У breakout rooms учасники розповідають про свою подорож, партнер відзначає зміни які помічає.

Етап 3: Групова рефлексія (5 хвилин). Бажаючі діляться найважливішими моментами.

Питання для обговорення: Який момент був найважливішим? Яка навичка виявилася найціннішою?

3. Міні-лекція Профілактика рецидивів: як підтримати зміни (15 хвилин)

Мета: Надати розуміння механізмів рецидивів та стратегій їх запобігання.

Теоретична основа: Модель профілактики рецидивів, підтримка терапевтичних змін [24, 67].

Хід проведення: Ведучий пояснює, що завершення програми не означає, що симптоми ніколи не повернуться. Стрес, життєві труднощі, порушення балансу можуть спровокувати повернення психосоматичних проявів. Це не означає невдачу – це означає, що потрібно застосувати набуті навички.

Ведучий розкриває ознаки наближення рецидиву: повернення старих патернів мислення (катастрофізація), порушення балансу сфер життя, уникнення як домінуюча стратегія, ізоляція та відмова від підтримки, ігнорування тілесних сигналів.

Стратегії профілактики [66]: регулярна практика навичок (не чекати кризи), моніторинг балансу сфер, підтримка соціальних зв'язків, раннє реагування на перші ознаки, самоспівчуття замість самокритики.

Питання для обговорення: Які ваші особисті ознаки наближення погіршення? Що зазвичай провокує повернення симптомів?

4. Перерва (10 хвилин)

5. Вправа Мій персональний план профілактики (35 хвилин) [66]

Мета: Розробити індивідуальний план підтримки змін та профілактики рецидивів.

Обладнання: Google Docs для індивідуальних планів.

Хід проведення:

Етап 1: Індивідуальна робота (20 хвилин). Кожен учасник створює персональний план за структурою:

Мої тригери (що провокує симптоми): стресові ситуації, порушення режиму, конфлікти тощо.

Мої ранні ознаки погіршення: перші симптоми, зміни у настрої, поведінці, мисленні.

Мій набір інструментів (техніки які працюють для мене):

- Для роботи з думками: (наприклад, судовий процес, декатастрофізація)
- Для емоційної регуляції: (серфінг, способи вираження)
- Для відновлення балансу: (конкретні дії у кожній сфері)
- Для підтримки: (до кого звернутися, як попросити)

Моя щоденна профілактика: що робитиму регулярно для підтримки здоров'я (сканування тіла, перевірка балансу, контакт з близькими).

Мій план дій при погіршенні: покрокові дії коли помічаю ранні ознаки.

Моя підтримка: люди до яких зверуся, ресурси які використаю.

Етап 2: Парний обмін та взаємна підтримка (10 хвилин). У breakout rooms учасники діляться планами, допомагають один одному їх доповнити.

Етап 3: Групове обговорення (5 хвилин). Учасники діляться ключовими елементами своїх планів.

Питання для обговорення: Який елемент плану найважливіший для вас?
Що може завадити дотримуватися плану?

6. Закриття сесії та підготовка до завершення (15 хвилин)

Заключне коло: Для підтримки змін я буду...

Завдання до останнього заняття:

1. Доопрацювати план профілактики: додати деталі, зробити його максимально конкретним.
2. Рефлексія: підготувати коротке повідомлення про те, що було найціннішим у програмі.
3. Питання та побажання: записати питання які залишилися та побажання групі.

ЗАНЯТТЯ 10 Інтеграція досвіду та завершення програми

Тип заняття: Інтегративно-оцінчне

Тривалість: 120 хвилин

Мета заняття: Інтегрувати досвід програми, провести повторну діагностику для оцінки ефективності, закріпити набуті навички, завершити груповий процес та створити позитивний досвід завершення.

1. Привітання та налаштування на завершення (10 хвилин)

Мета: Створити рефлексивний простір для усвідомлення пройденого шляху.

Хід проведення: Ведучий вітає учасників на останньому занятті та пропонує поділитися першими думками: що відчуваєте зараз, коли програма завершується, які емоції викликає це завершення.

Питання для обговорення: Як змінилися ваші відчуття порівняно з першим заняттям?

2. Повторна діагностика (25 хвилин)

Мета: Оцінити зміни показників за всіма методиками для аналізу ефективності програми.

Обладнання: Google Forms з методиками TAS-20, DASS-42, CSI, PHQ-15.

Хід проведення: Ведучий пояснює, що зараз учасники заповнять ті самі опитувальники, що і на початку програми. Це дозволить побачити об'єктивні зміни. Важливо відповідати чесно, виходячи з актуального стану.

Учасники індивідуально заповнюють всі чотири методики. Ведучий повідомляє, що результати будуть проаналізовані та надіслані кожному особисто протягом тижня.

Питання для обговорення: Чи відчуваєте що відповіді змінилися порівняно з початком? У яких сферах помітили найбільші зміни?

3. Вправа Лист собі у майбутнє (20 хвилин) [55]

Мета: Закріпити мотивацію до підтримки змін через створення послання собі.

Теоретична основа: Техніка листів у наративній терапії [39].

Обладнання: Приватні нотатки учасників.

Хід проведення:

Етап 1: Написання листа (15 хвилин). Учасники пишуть лист собі який відкриють через три місяці. Лист включає: що я пережив та чого навчився під час програми, які зміни відбулися у моєму житті та самопочутті, які навички хочу продовжувати практикувати, що хочу нагадати собі якщо буде важко, які мої цілі на наступні три місяці, слова підтримки та віри у себе.

Етап 2: Домовленість (5 хвилин). Учасники записують дату через три місяці, коли відкриють лист. Можуть поставити нагадування у телефоні.

Питання для обговорення: Що було найважливішим написати собі? Які слова підтримки найбільше потрібні?

4. Перерва (10 хвилин)

5. Коло вдячності та завершення групового процесу (40 хвилин)

Мета: Завершити груповий процес через визнання внеску кожного та взаємну підтримку.

Теоретична основа: Принципи завершення групової роботи [39].

Хід проведення:

Етап 1: Коло вдячності (25 хвилин). Кожен учасник по черзі завершує три фрази:

- Я вдячний цій групі за...
- Найбільше мене надихнуло коли...
- Я бажаю всім нам...

Етап 2: Заключне слово ведучого (10 хвилин). Ведучий підсумовує пройдений шлях групи, відзначає зміни які спостерігав, висловлює віру у здатність кожного підтримувати досягнуті зміни.

Етап 3: Символічне завершення (5 хвилин). Кожен учасник одним словом або короткою фразою завершує програму.

6. Підведення підсумків та прощання (15 хвилин)

Хід проведення: Ведучий нагадує учасникам про їхні персональні плани профілактики та важливість регулярної практики навичок. Учасники отримують контакти для можливості звернутися за підтримкою у разі потреби.

Ведучий завершує: програма закінчується, але набуті навички та усвідомлення залишаються з вами. Кожен раз, коли будете застосовувати те, чого навчилися, ви будете зміцнювати свою здатність підтримувати здоровий баланс між психікою та тілом. Фінальне прощання з групою.

3.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів формувального експерименту

У формувальному експерименті взяли участь усі 30 осіб, які брали участь в констатувальному експерименті. Після завершення програми було проведено повторну діагностику за тими самими методиками діагностики для оцінки динаміки показників.

На першому етапі аналізу було застосовано методикау діагностики «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS-20) для оцінки змін у рівні алекситимії учасників (див. табл. 3.4 – 3.5).

**Результати дослідження за методикою діагностики «Торонтська
алекситимічна шкала» (TAS-20) (до та після корекційної програми)**

№ респондента	До програми	Рівень до	Після програми	Рівень після
1	48	Норма	47	Норма
2	55	Пограничний	52	Пограничний
3	62	Високий	54	Пограничний
4	45	Норма	44	Норма
5	58	Пограничний	51	Норма
6	67	Високий	58	Пограничний
7	51	Норма	50	Норма
8	54	Пограничний	48	Норма
9	63	Високий	55	Пограничний
10	47	Норма	46	Норма
11	59	Пограничний	52	Пограничний
12	44	Норма	43	Норма
13	65	Високий	57	Пограничний
14	52	Пограничний	51	Норма
15	49	Норма	48	Норма
16	61	Високий	53	Пограничний
17	56	Пограничний	49	Норма
18	43	Норма	42	Норма
19	68	Високий	59	Пограничний
20	50	Норма	49	Норма
21	57	Пограничний	50	Норма
22	46	Норма	45	Норма
23	64	Високий	56	Пограничний
24	53	Пограничний	52	Пограничний
25	42	Норма	41	Норма
26	60	Пограничний	52	Пограничний
27	66	Високий	58	Пограничний
28	48	Норма	47	Норма
29	55	Пограничний	53	Пограничний
30	50	Норма	49	Норма

Зведена таблиця результатів дослідження за методикою діагностики «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS-20) (до та після корекційної програми)

Рівень алекситимії	До програми		Після програми	
	К-ть	%	К-ть	%
Норма (20–51 бал)	12	40,0	19	63,3
Пограничний (52–60 балів)	10	33,3	11	36,7
Високий (61–100 балів)	8	26,7	0	0,0

Для наочного відображення динаміки результатів дослідження за методикою «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS-20) побудовано гістограму (див. рис. 3.1).

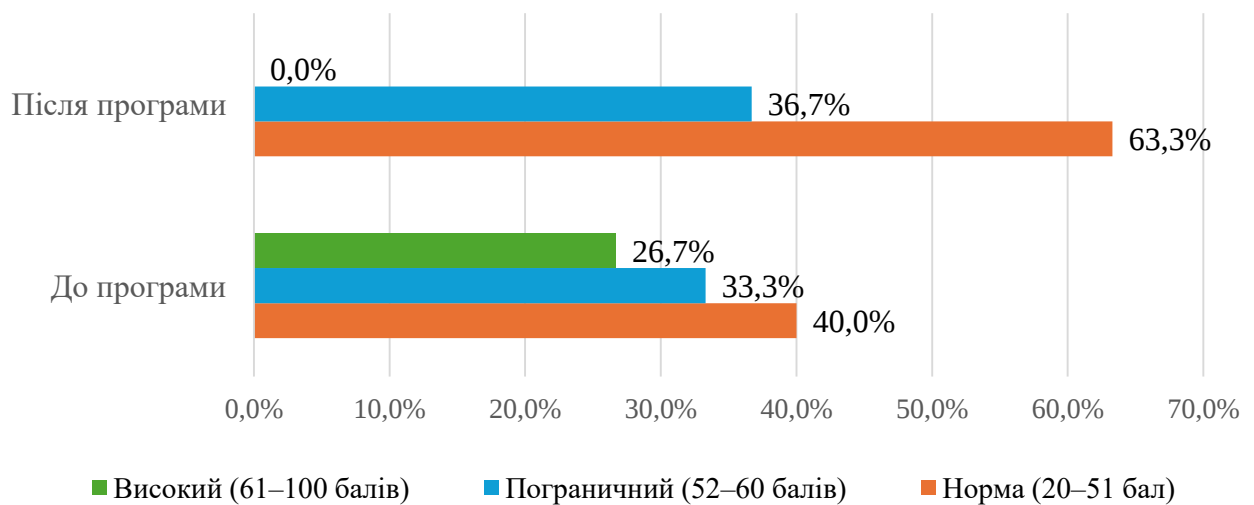


Рис. 3.1. Гістограма розподілу результатів дослідження за методикою діагностики «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS-20) (до та після корекційної програми)

Аналіз результатів за методикою «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS-20) засвідчує позитивну динаміку показників алекситимії у досліджуваних.

До участі у програмі 40,0% (12 осіб) учасників мали нормальний рівень алекситимії, 33,3% (10 осіб) – пограничний рівень, а 26,7% (8 осіб) – високий рівень, що свідчило про значні труднощі в розпізнаванні та вербалізації власних емоційних станів. Ці особи не могли адекватно диференціювати різні почуття, відчували складнощі у підборі слів для опису своїх переживань, були схильні до зовнішньо орієнтованого мислення.

Після завершення програми жоден учасник (0,0%) не демонструє високого рівня алекситимії, що є важливим досягненням. Усі особи, які мали високий рівень до програми, перейшли до пограничного рівня, що свідчить про розвиток здатності краще розпізнавати власні емоції. 36,7% (11 осіб) учасників демонструють пограничний рівень, а 63,3% (19 осіб) мають нормальний рівень алекситимії після програми, що становить приріст на 23,3% порівняно з початковими показниками.

Зниження показників алекситимії свідчить про покращення здатності учасників розпізнавати власні емоційні стани, диференціювати різні почуття, вербалізувати свої переживання. Розвиток емоційної компетентності є ключовим фактором подолання психосоматичних порушень, оскільки дозволяє опрацьовувати емоційний дистрес психологічними засобами замість його соматизації через тілесні симптоми.

На другому етапі було використано методику діагностики «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42) для оцінки динаміки емоційного стану учасників (див. табл. 3.6 – 3.7).

Таблиця 3.6

Результати дослідження за методикою діагностики «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42) (до та після корекційної програми)

№ респондента	Депресія до	Депресія після	Тривога до	Тривога після	Стрес до	Стрес після
1	8	6	6	4	12	10
2	14	10	12	8	18	14
3	22	12	16	10	28	18
4	6	4	8	6	10	8
5	12	8	14	8	20	14

Продовж. табл. 3.6

6	18	14	20	12	26	18
7	10	8	10	8	16	12
8	16	10	12	8	22	14
9	24	16	18	12	30	20
10	4	2	6	4	8	6
11	14	10	16	10	24	16
12	8	6	4	2	14	10
13	20	12	22	14	28	18
14	12	8	10	6	18	12
15	6	4	8	6	12	8
16	26	18	18	12	32	22
17	16	8	14	8	20	12
18	4	2	6	4	10	8
19	28	20	24	16	34	24
20	10	8	8	6	16	12
21	14	8	12	6	22	14
22	6	4	6	4	12	10
23	22	14	16	10	26	16
24	12	8	10	6	18	12
25	8	6	4	2	14	10
26	18	12	14	10	24	16
27	20	14	18	12	28	18
28	8	6	8	6	14	10
29	14	10	12	8	20	14
30	10	8	10	8	16	12

Таблиця 3.7

**Зведена таблиця результатів дослідження за методикою діагностики
«Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42) (до та після корекційної
програми)**

Шкала	Рівень	До програми		Після програми	
		К-ть	%	К-ть	%
Депресія	Норма/легкий	20	66,7	27	90,0
	Помірний і вище	10	33,3	3	10,0
Тривога	Норма/легкий	18	60,0	27	90,0
	Помірний і вище	12	40,0	3	10,0
Стрес	Норма/легкий	19	63,3	28	93,3
	Помірний і вище	11	36,7	2	6,7

Для наочного відображення динаміки результатів дослідження за методикою «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42) побудовано порівняльну гістограму (див. рис. 3.2).

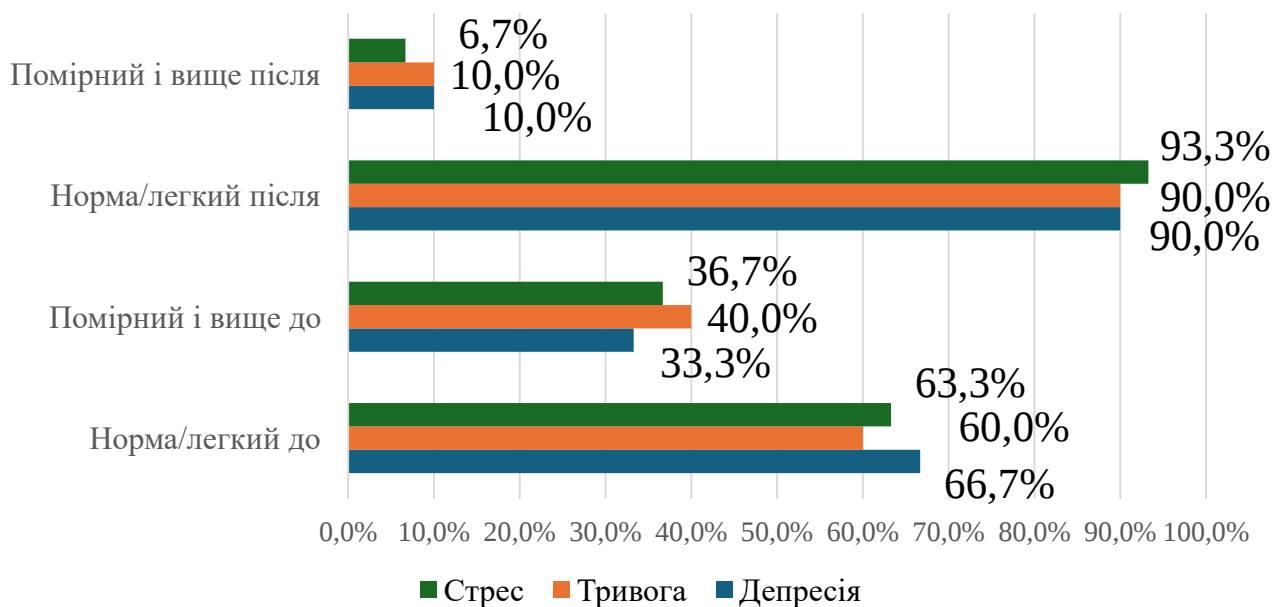


Рис. 3.2. Порівняльна гістограма розподілу результатів дослідження за методикою діагностики «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42) (до та після корекційної програми)

Аналіз результатів за методикою «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42) демонструє суттєве покращення емоційного стану учасників за всіма трьома шкалами.

За шкалою депресії: До програми 66,7% (20 осіб) учасників перебували в межах норми або легкого рівня, тоді як 33,3% (10 осіб) мали помірний рівень і вище. Після завершення програми 90,0% (27 осіб) досліджуваних мають нормальний або легкий рівень депресії, що становить приріст на 23,3%. Лише 10,0% (3 особи) учасників залишаються на помірному рівні депресивної симптоматики. Учасники відзначають покращення настрою, відновлення інтересу до життя, підвищення енергійності.

За шкалою тривоги: До програми 60,0% (18 осіб) учасників перебували в межах норми або легкого рівня, а 40,0% (12 осіб) мали помірний рівень тривожності і вище. Після програми 90,0% (27 осіб) досліджуваних

демонструють нормальний або легкий рівень тривоги, що становить приріст на 30,0%. Лише 10,0% (3 особи) учасників залишаються на помірному рівні тривожності. Учасники відзначають зниження внутрішнього напруження, зменшення занепокоєння, кращу здатність справлятися з тривожними думками.

За шкалою стресу: До програми 63,3% (19 осіб) респондентів знаходилися у межах норми або легкого рівня, тоді як 36,7% (11 осіб) мали помірний рівень стресу і вище. Після програми 93,3% (28 осіб) досліджуваних перебувають у межах норми або легкого рівня стресу, що становить приріст на 30,0%. Лише 6,7% (2 особи) залишаються на помірному рівні. Учасники відзначають покращення здатності до розслаблення, зниження роздратування, кращу толерантність до стресових ситуацій.

Загалом результати за методикою DASS-42 демонструють, що програма соціально-психологічного тренінгу ефективно сприяє зниженню негативних емоційних станів. Покращення емоційного стану є важливим фактором редукції психосоматичних симптомів, оскільки депресія, тривога та стрес виступають основними тригерами соматизації.

На третьому етапі було застосовано методику діагностики «Індикатор копінг-стратегій Д. Амірхана» (CSI) для оцінки змін у стратегіях подолання стресових ситуацій (див. табл. 3.8 – 3.9).

Таблиця 3.8

Результати дослідження за методикою діагностики «Індикатор копінг-стратегій» Д. Амірхана (CSI) (до та після корекційної програми)

№ респондента	Вирішення проблем до	Вирішення проблем після	Соц. підтримка до	Соц. підтримка після	Уникнення до	Уникнення після
1	26	28	24	26	18	16
2	22	26	20	24	24	18
3	18	24	16	22	28	20
4	28	30	26	28	16	14
5	20	26	22	26	22	16
6	16	22	18	24	26	20
7	24	26	22	24	20	18
8	22	26	18	24	24	18

9	14	20	14	20	30	22
10	30	32	28	30	14	12
11	20	24	24	28	22	16
12	26	28	22	24	18	16
13	18	24	16	22	28	20
14	24	26	20	24	20	18
15	28	30	26	28	16	14
16	16	22	14	20	26	18
17	22	28	20	26	22	14
18	30	32	28	30	12	11
19	14	18	12	18	32	26
20	26	28	24	26	18	16
21	20	26	22	28	24	16
22	28	30	26	28	16	14
23	18	24	18	24	26	18
24	24	26	22	24	20	18
25	32	33	28	30	14	12
26	20	24	20	26	24	18
27	16	22	16	22	28	20
28	26	28	24	26	18	16
29	22	24	20	22	22	20
30	24	26	22	24	20	18

Таблиця 3.9

**Зведена таблиця результатів дослідження за методикою діагностики
«Індикатор копінг-стратегій» Д. Амірхана (CSI) (до та після корекційної
програми)**

Копінг-стратегія	Рівень	До програми		Після програми	
		К-ть	%	К-ть	%
Вирішення проблем	Високий/середній	23	76,7	30	100
	Низький	7	23,3	0	0
Пошук соціальної підтримки	Високий/середній	21	70,0	30	100
	Низький	9	30,0	0	0
Уникнення	Високий	11	36,7	1	3,3
	Середній/низький	19	63,3	29	96,7

Для наочного відображення динаміки результатів дослідження за методикою «Індикатор копінг-стратегій Д. Амірхана» (CSI) побудовано порівняльну гістограму (див. рис. 3.3).

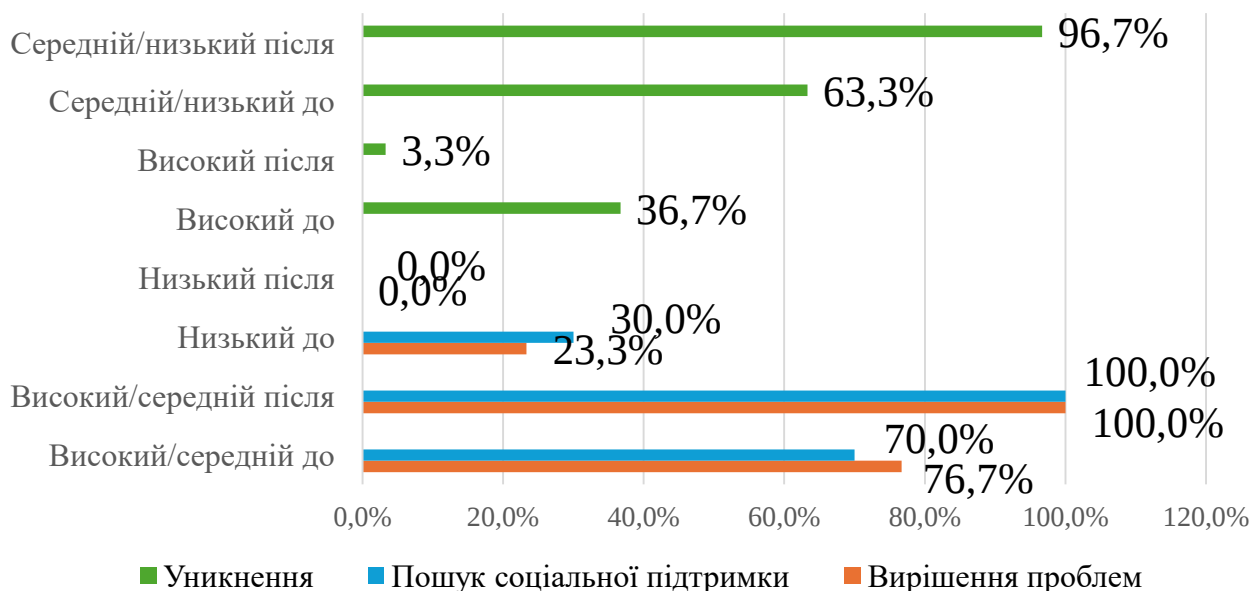


Рис. 3.3. Порівняльна гістограма розподілу результатів дослідження за методикою діагностики «Індикатор копінг-стратегій» Д. Амірхана (CSI) (до та після корекційної програми)

Результати дослідження копінг-стратегій за методикою «Індикатор копінг-стратегій Д. Амірхана» (CSI) засвідчують суттєві зміни у структурі копінг-стратегій учасників на користь більш адаптивних способів подолання стресу.

За стратегією вирішення проблем: до програми 76,7% (23 особи) учасників використовували цю стратегію на високому або середньому рівні, а 23,3% (7 осіб) – на низькому рівні. Після завершення програми 100,0% (30 осіб) учасників без винятку використовують стратегію вирішення проблем на високому або середньому рівні, що становить приріст на 23,3%. Це свідчить про те, що програма ефективно сприяла розвитку проблемно-фокусованого копіngu. Учасники навчилися більш активно та конструктивно підходити до

вирішення складних ситуацій, аналізувати проблеми, розробляти план дій та послідовно його реалізовувати.

За стратегією пошуку соціальної підтримки: до програми 70,0% (21 особа) учасників застосовували цю стратегію на високому або середньому рівні, тоді як 30,0% (9 осіб) – на низькому рівні. Після програми 100,0% (30 осіб) досліджуваних демонструють високий або середній рівень використання стратегії пошуку соціальної підтримки, що становить приріст на 30,0%. Учасники навчилися звертатися до оточення за емоційною підтримкою, порадами та практичною допомогою, розуміють цінність соціальних зв'язків як ресурсу для подолання стресу, володіють навичками асертивного звернення за підтримкою.

За стратегією уникнення: до програми 36,7% (11 осіб) учасників використовували цю стратегію на високому рівні, а 63,3% (19 осіб) – на середньому або низькому рівні. Після завершення програми лише 3,3% (1 особа) демонструє високий рівень уникнення, тоді як 96,7% (29 осіб) перейшли до середнього або низького рівня використання цієї стратегії, що становить зниження високого рівня на 33,4%. Це свідчить про формування більш конструктивних способів подолання стресових ситуацій, готовність зіткнутися з проблемою замість її уникнення, розуміння неефективності уникнення як довгострокової стратегії.

Загалом аналіз копінг-стратегій демонструє, що програма ефективно сприяла трансформації репертуару стратегій подолання стресу. Учасники перейшли від переважно дезадаптивних стратегій до використання адаптивних способів справлятися зі складними ситуаціями.

На четвертому етапі було застосовано методику діагностики «Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15) для оцінки динаміки рівня соматизації (див. табл. 3.10 – 3.11).

Таблиця 3.10

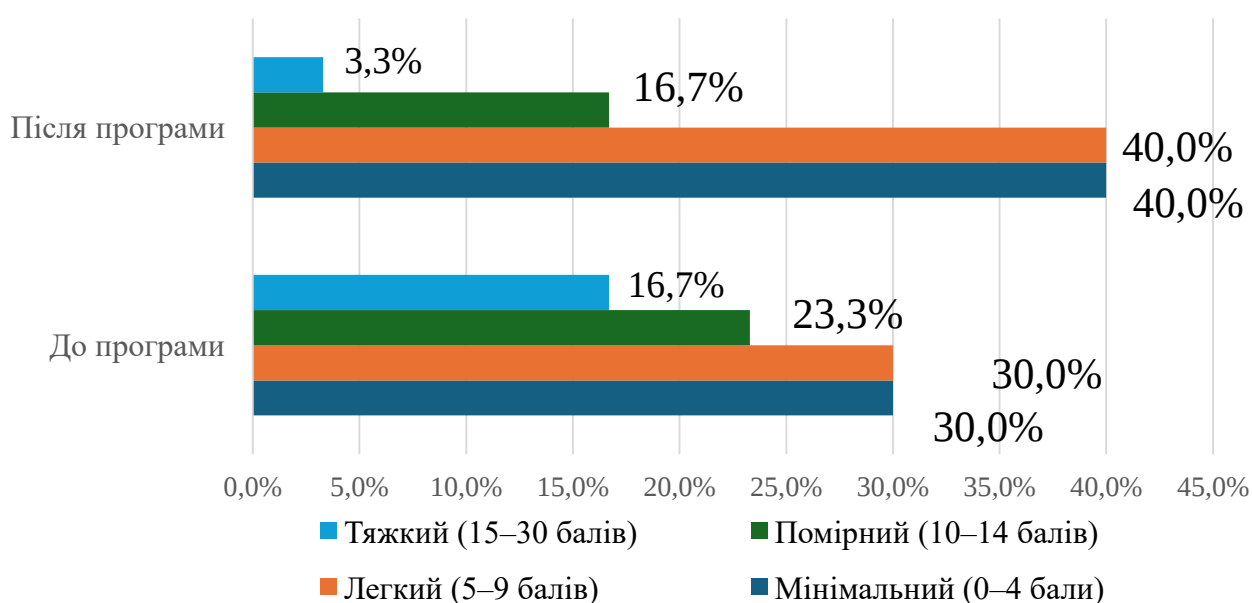
Результати дослідження за методикою діагностики «Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15) (до та після корекційної програми)

№ респондента	До програми	Рівень до	Після програми	Рівень після
1	4	Мінімальний	3	Мінімальний
2	8	Легкий	6	Легкий
3	14	Помірний	8	Легкий
4	3	Мінімальний	2	Мінімальний
5	10	Помірний	6	Легкий
6	16	Тяжкий	11	Помірний
7	6	Легкий	5	Легкий
8	12	Помірний	7	Легкий
9	18	Тяжкий	12	Помірний
10	2	Мінімальний	2	Мінімальний
11	9	Легкий	5	Легкий
12	4	Мінімальний	3	Мінімальний
13	15	Тяжкий	10	Помірний
14	7	Легкий	5	Легкий
15	3	Мінімальний	2	Мінімальний
16	17	Тяжкий	12	Помірний
17	11	Помірний	6	Легкий
18	2	Мінімальний	2	Мінімальний
19	20	Тяжкий	14	Помірний
20	5	Легкий	4	Мінімальний
21	10	Помірний	5	Легкий
22	4	Мінімальний	3	Мінімальний
23	14	Помірний	8	Легкий
24	8	Легкий	6	Легкий
25	3	Мінімальний	2	Мінімальний
26	12	Помірний	7	Легкий
27	16	Тяжкий	11	Помірний
28	5	Легкий	4	Мінімальний
29	9	Легкий	6	Легкий
30	6	Легкий	5	Легкий

**Зведена таблиця результатів дослідження за методикою діагностики
«Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15) (до та після корекційної
програми)**

Рівень соматизації	До програми		Після програми	
	К-ть	%	К-ть	%
Мінімальний (0–4 бали)	9	30,0	12	40,0
Легкий (5–9 балів)	9	30,0	12	40,0
Помірний (10–14 балів)	7	23,3	5	16,7
Тяжкий (15–30 балів)	5	16,7	1	3,3

Для наочного відображення динаміки результатів дослідження за методикою «Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15) побудовано порівняльну гістограму (див. рис. 3.4).



**Рис. 3.4. Порівняльна гістограма розподілу результатів дослідження за
методикою діагностики «Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15)
(до та після корекційної програми)**

Аналіз результатів дослідження за методикою «Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15) засвідчує суттєве зниження рівня соматизації у учасників.

До участі у програмі розподіл за рівнями соматизації був наступним: 30,0% (9 осіб) учасників мали мінімальний рівень без клінічно значущої соматизації, 30,0% (9 осіб) демонструвала легкий рівень з окремими тілесними симптомами психогенної природи, 23,3% (7 осіб) учасників мали помірний рівень соматизації з множинними соматичними скаргами середньої інтенсивності, 16,7% (5 осіб) досліджуваних мала тяжкий рівень соматизації з вираженою психосоматичною симптоматикою.

Після завершення програми спостерігається виражена позитивна динаміка. 40,0% (12 осіб) учасників мають мінімальний рівень соматизації, що становить приріст на 10,0% і свідчить про зникнення клінічно значущих соматичних симптомів у частини досліджуваних. 40,0% (12 осіб) мають легкий рівень, що також становить приріст на 10,0% за рахунок переходу учасників з помірною та тяжкою рівнів. 16,7% (5 осіб) учасників демонструють помірний рівень соматизації, що становить зниження на 6,6%. Найбільш драматичні зміни відбулися у групі з тяжким рівнем соматизації – лише 3,3% (1 особа) учасників залишається на цьому рівні, що становить зниження на 13,4%, тоді як 80,0% (4 з 5 осіб) перейшли до помірною або легкого рівня.

Зниження рівня соматизації проявляється у зменшенні інтенсивності та частоти тілесних симптомів. Учасники відзначають зменшення головних болів, болів у спині та інших частинах тіла, покращення травлення, нормалізацію сну, підвищення енергійності, зменшення втоми. Важливо, що учасники навчилися розпізнавати зв'язок між своїм емоційним станом та появою соматичних симптомів, що дозволяє їм своєчасно використовувати набуті навички емоційної регуляції та запобігати посиленню симптоматики.

Загалом, до програми 60,0% (18 осіб) учасників мали мінімальний або легкий рівень соматизації, а 40,0% (12 осіб) – помірний або тяжкий. Після програми 80,0% (24 особи) мають мінімальний або легкий рівень (приріст на 20,0%), тоді як лише 20,0% (6 осіб) залишаються на помірному або тяжкому рівні (зниження на 20,0%). Отримані результати свідчать про ефективність розробленої програми у зниженні психосоматичних проявів.

Для узагальнення результатів формувального експерименту побудовано зведену таблицю (див. табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Узагальнені результати емпіричного дослідження (розподіл за рівнями)

Показник	Рівень	До програми		Після програми	
		К-ть	%	К-ть	%
Алекситимія (TAS-20)	Норма	12	40,0	19	63,3
	Пограничний	10	33,3	11	36,7
	Високий	8	26,7	0	0
Депресія (DASS-42)	Норма/легкий	20	66,7	27	90,0
	Помірний і вище	10	33,3	3	10,0
Тривога (DASS-42)	Норма/легкий	18	60,0	27	90,0
	Помірний і вище	12	40,0	3	10,0
Стрес (DASS-42)	Норма/легкий	19	63,3	28	93,3
	Помірний і вище	11	36,7	2	6,7
Вирішення проблем (CSI)	Високий/середній	23	76,7	30	100
	Низький	7	23,3	0	0
Соціальна підтримка (CSI)	Високий/середній	21	70,0	30	100
	Низький	9	30,0	0	0
Уникнення (CSI)	Високий	11	36,7	1	3,3
	Середній/низький	19	63,3	29	96,7
Соматизація (PHQ-15)	Мінімальний/легкий	18	60,0	24	80,0
	Помірний/тяжкий	12	40,0	6	20,0

Отже, результати формувального експерименту засвідчують ефективність розробленої програми соціально-психологічного тренінгу спрямованого на подолання психосоматичних порушень засобами позитивної психотерапії. Зафіксовано позитивну динаміку за всіма досліджуваними показниками.

Рівень алекситимії суттєво знизився: жоден учасник не має високого рівня після програми, тоді як до неї більше чверті досліджуваних демонстрували виражені труднощі з розпізнаванням та вербалізацією емоцій. Значно зросла кількість осіб з нормальним рівнем алекситимії, що свідчить про розвиток емоційної компетентності учасників.

Показники депресії, тривоги та стресу суттєво покращилися. Абсолютна більшість учасників після програми перебувають у межах норми або легкого рівня за всіма трьома шкалами. Лише поодинокі учасники залишаються на помірному рівні негативних емоційних станів, що вказує на необхідність подальшої індивідуальної роботи з ними.

Структура копінг-стратегій трансформувалася на користь адаптивних способів подолання стресу. Усі учасники без винятку після програми використовують стратегії вирішення проблем та пошуку соціальної підтримки на високому або середньому рівні. Водночас драматично знизилося використання дезадаптивної стратегії уникнення – лише поодинокі учасники продовжують систематично її застосовувати.

Рівень соматизації суттєво знизився. Зросла частка учасників з мінімальним та легким рівнем соматичних симптомів. Значно зменшилася кількість осіб з помірним рівнем. Найдраматичніші зміни відбулися у групі з тяжким рівнем соматизації – абсолютна більшість цих учасників перейшли до нижчих рівнів, демонструючи виражене зменшення психосоматичної симптоматики.

Виявлені зміни підтверджують теоретичні положення про взаємозв'язок між психологічними характеристиками та соматичними проявами. Розвиток емоційної компетентності дозволяє опрацьовувати емоційний дистрес психологічними засобами замість його соматизації. Зниження негативних емоційних станів зменшує психологічне напруження, що призводить до редукції тілесних симптомів. Формування адаптивних копінг-стратегій забезпечує конструктивне подолання стресу, що запобігає накопиченню напруги та її трансформації у психосоматичні прояви.

Для підтвердження статистичної значущості виявлених змін у наступному підрозділі буде проведено аналіз за допомогою t-критерію Стьюдента для залежних вибірок.

3.4. Оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою t-критерію Стьюдента

Для перевірки ефективності корекційної програми було використано метод статистичної перевірки гіпотез: двовибірковий t-критерій Стьюдента для залежних вибірок.

Основне завдання використання t-критерію Стьюдента: з'ясувати наскільки значущий позитивний вплив було здійснено в результаті впровадження програми соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання психосоматичних порушень засобами позитивної психотерапії.

Параметричний метод перевірки статистичних гіпотез t-критерій Стьюдента для залежних вибірок застосовується для порівняння середніх значень двох залежних між собою вибірок.

За кожною методикою психологічної діагностики було отримано дані двох експериментів: констатувального і формувального. В результаті було отримано два варіаційних ряди по кожній зі шкал методик діагностики, які було обрано для проведення емпіричного дослідження.

Висуваємо нульову (H_0) та альтернативну (H_1) гіпотези:

- нульова гіпотеза (H_0) – після впровадження корекційної програми показники за шкалами методик психологічної діагностики в середньому не змінюються.

- альтернативна гіпотеза (H_1) – після впровадження корекційної програми показники за шкалами методик психологічної діагностики в середньому мають певні позитивні зміни.

Задаємо рівень значущості $\alpha = 0,05$.

Для обчислення емпіричного значення t-критерію в ситуації перевірки гіпотези про відмінності між двома залежними вибірками застосовують формулу:

$$t = \frac{|M_d|}{\sigma_d/\sqrt{N}} \quad (3.1)$$

де M_d – середня різниця значень, а σ_d – стандартне відхилення різниць.

Кількість ступенів свободи розраховують як:

$$df = N - 1 \quad (3.2)$$

Рівень значущості визначаємо за таблицею критичних значень t-критерію Стьюдента.

Розрахуємо t-критерій Стьюдента за методикою діагностики «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS-20) (див. табл. 3.13 – 3.14).

Таблиця 3.13

**Результати емпіричного дослідження за методикою діагностики
«Торонтська алекситимічна шкала» (TAS-20)**

№	Констатувальний експеримент	Формувальний експеримент	d (різниця)
1	48	47	1
2	55	52	3
3	62	54	8
4	45	44	1
5	58	51	7
6	67	58	9
7	51	50	1
8	54	48	6
9	63	55	8
10	47	46	1
11	59	52	7
12	44	43	1
13	65	57	8
14	52	51	1
15	49	48	1
16	61	53	8
17	56	49	7
18	43	42	1
19	68	59	9
20	50	49	1
21	57	50	7
22	46	45	1
23	64	56	8
24	53	52	1
25	42	41	1
26	60	52	8
27	66	58	8
28	48	47	1
29	55	53	2
30	50	49	1

Таблиця 3.14

**Значущі відмінності між показниками за методикою діагностики
«Торонтська алекситимічна шкала» (TAS-20)**

Показник	Md	σd	df	t емп.	t крит.	Рівень значущості
Алекситимія	4,17	3,12	29	7,31	2,05	0,001

Порівнюючи обчислені результати можна зазначити, що при порівнянні t-емпіричного з t-критичним виявлено: t-емп. (7,31) > t-крит. (2,05), отже приймається альтернативна гіпотеза (H1). Рівень значущості 0,001 вказує на те, що впроваджена програма мала статистично значущий позитивний вплив на зниження рівня алекситимії учасників.

Розрахуємо t-критерій Стюдента за методикою діагностики «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42) (див. табл. 3.15 – 3.16).

Таблиця 3.15

**Результати емпіричного дослідження за методикою діагностики «Шкала
депресії, тривоги та стресу» (DASS-42)**

№	Депр. (к)	Депр. (ф)	d	Трив. (к)	Трив. (ф)	d	Стрес (к)	Стрес (ф)	d
1	8	6	2	6	4	2	12	10	2
2	14	10	4	12	8	4	18	14	4
3	22	12	10	16	10	6	28	18	10
4	6	4	2	8	6	2	10	8	2
5	12	8	4	14	8	6	20	14	6
6	18	14	4	20	12	8	26	18	8
7	10	8	2	10	8	2	16	12	4
8	16	10	6	12	8	4	22	14	8
9	24	16	8	18	12	6	30	20	10
10	4	2	2	6	4	2	8	6	2
11	14	10	4	16	10	6	24	16	8
12	8	6	2	4	2	2	14	10	4
13	20	12	8	22	14	8	28	18	10
14	12	8	4	10	6	4	18	12	6
15	6	4	2	8	6	2	12	8	4
16	26	18	8	18	12	6	32	22	10
17	16	8	8	14	8	6	20	12	8

Продовж. табл. 3.15

18	4	2	2	6	4	2	10	8	2
19	28	20	8	24	16	8	34	24	10
20	10	8	2	8	6	2	16	12	4
21	14	8	6	12	6	6	22	14	8
22	6	4	2	6	4	2	12	10	2
23	22	14	8	16	10	6	26	16	10
24	12	8	4	10	6	4	18	12	6
25	8	6	2	4	2	2	14	10	4
26	18	12	6	14	10	4	24	16	8
27	20	14	6	18	12	6	28	18	10
28	8	6	2	8	6	2	14	10	4
29	14	10	4	12	8	4	20	14	6
30	10	8	2	10	8	2	16	12	4

Таблиця 3.16

Значущі відмінності між показниками за методикою діагностики «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42)

Показник	Md	σd	df	t емп.	t крит.	Рівень значущості
Депресія	4,53	2,41	29	10,30	2,05	0,001
Тривога	4,27	2,08	29	11,24	2,05	0,001
Стрес	6,00	2,73	29	12,03	2,05	0,001

Порівнюючи обчислені результати за методикою «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42) можна зазначити, що за всіма трьома шкалами $t_{\text{емп.}} > t_{\text{крит.}}$, отже приймається альтернативна гіпотеза (H_1). За шкалою депресії $t_{\text{емп.}} (10,30) > t_{\text{крит.}} (2,05)$, за шкалою тривоги $t_{\text{емп.}} (11,24) > t_{\text{крит.}} (2,05)$, за шкалою стресу $t_{\text{емп.}} (12,03) > t_{\text{крит.}} (2,05)$. Рівень значущості 0,001 за всіма шкалами вказує на статистично значуще покращення емоційного стану учасників після впровадження програми.

Розрахуємо t-критерій Стюдента за методикою діагностики «Індикатор копінг-стратегій Д. Амірхана» (CSI) (див. табл. 3.17 – 3.18).

Таблиця 3.17

Результати емпіричного дослідження за методикою діагностики

«Індикатор копінг-стратегій Д. Амірхана» (CSI)

№	ВП (κ)	ВП (φ)	d	СП (κ)	СП (φ)	d	У (κ)	У (φ)	d
1	26	28	2	24	26	2	18	16	2
2	22	26	4	20	24	4	24	18	6
3	18	24	6	16	22	6	28	20	8
4	28	30	2	26	28	2	16	14	2
5	20	26	6	22	26	4	22	16	6
6	16	22	6	18	24	6	26	20	6
7	24	26	2	22	24	2	20	18	2
8	22	26	4	18	24	6	24	18	6
9	14	20	6	14	20	6	30	22	8
10	30	32	2	28	30	2	14	12	2
11	20	24	4	24	28	4	22	16	6
12	26	28	2	22	24	2	18	16	2
13	18	24	6	16	22	6	28	20	8
14	24	26	2	20	24	4	20	18	2
15	28	30	2	26	28	2	16	14	2
16	16	22	6	14	20	6	26	18	8
17	22	28	6	20	26	6	22	14	8
18	30	32	2	28	30	2	12	11	1
19	14	18	4	12	18	6	32	26	6
20	26	28	2	24	26	2	18	16	2
21	20	26	6	22	28	6	24	16	8
22	28	30	2	26	28	2	16	14	2
23	18	24	6	18	24	6	26	18	8
24	24	26	2	22	24	2	20	18	2
25	32	33	1	28	30	2	14	12	2
26	20	24	4	20	26	6	24	18	6
27	16	22	6	16	22	6	28	20	8
28	26	28	2	24	26	2	18	16	2
29	22	24	2	20	22	2	22	20	2
30	24	26	2	22	24	2	20	18	2

Примітка: ВП – вирішення проблем, СП – соціальна підтримка, У – уникнення

Таблиця 3.18

Значущі відмінності між показниками за методикою діагностики

«Індикатор копінг-стратегій Д. Амірхана» (CSI)

Показник	Md	σd	df	t емп.	t крит.	Рівень значущості
Вирішення проблем	3,60	1,81	29	10,89	2,05	0,001
Соціальна підтримка	3,80	1,88	29	11,07	2,05	0,001
Уникнення	4,63	2,63	29	9,64	2,05	0,001

Аналіз результатів за методикою «Індикатор копінг-стратегій Д. Амірхана» (CSI) засвідчує статистично значущі зміни за всіма копінг-стратегіями. За стратегією вирішення проблем $t\text{-емп. (10,89)} > t\text{-крит. (2,05)}$, що свідчить про значуще підвищення використання цієї адаптивної стратегії. За стратегією пошуку соціальної підтримки $t\text{-емп. (11,07)} > t\text{-крит. (2,05)}$, що вказує на покращення здатності звертатися за допомогою. За стратегією уникнення $t\text{-емп. (9,64)} > t\text{-крит. (2,05)}$, що підтверджує значуще зниження використання цієї дезадаптивної стратегії. За всіма шкалами приймається альтернативна гіпотеза (H_1) на рівні значущості 0,001.

Розрахуємо t -критерій Стьюдента за методикою діагностики «Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15) (див. табл. 3.19 – 3.20).

Таблиця 3.19

Результати емпіричного дослідження за методикою діагностики

«Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15)

№	Констатувальний експеримент	Формувальний експеримент	d (різниця)
1	4	3	1
2	8	6	2
3	14	8	6
4	3	2	1
5	10	6	4
6	16	11	5
7	6	5	1
8	12	7	5
9	18	12	6
10	2	2	0

Продовж. табл. 3.19

11	9	5	4
12	4	3	1
13	15	10	5
14	7	5	2
15	3	2	1
16	17	12	5
17	11	6	5
18	2	2	0
19	20	14	6
20	5	4	1
21	10	5	5
22	4	3	1
23	14	8	6
24	8	6	2
25	3	2	1
26	12	7	5
27	16	11	5
28	5	4	1
29	9	6	3
30	6	5	1

Таблиця 3.20

Значущі відмінності між показниками за методикою діагностики

«Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15)

Показник	Md	σd	df	t емп.	t крит.	Рівень значущості
Соматизація	3,10	2,08	29	8,16	2,05	0,001

Порівнюючи обчислені результати за методикою «Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15) можна зазначити, що $t\text{-емп. (8,16)} > t\text{-крит. (2,05)}$, отже приймається альтернативна гіпотеза (H_1). Рівень значущості 0,001 вказує на статистично значуще зниження вираженості соматичних симптомів у учасників після впровадження програми.

Отже, після проведення соціально-психологічного тренінгу і перевірки його ефективності за допомогою t-критерію Стюдента можна зазначити, що

було здійснено статистично значущий позитивний вплив на учасників. За всіма показниками t -емпіричне перевищує t -критичне, що дозволяє прийняти альтернативну гіпотезу (H_1) на рівні значущості 0,001.

В процесі тренінгових занять учасниками було: розвинуто здатність розпізнавати та вербалізувати власні емоційні стани, що проявилось у зниженні рівня алекситимії; покращено емоційний стан через зниження показників депресії, тривоги та стресу; сформовано більш адаптивні копінг-стратегії через підвищення використання стратегій вирішення проблем та пошуку соціальної підтримки при одночасному зниженні стратегії уникнення; зменшено вираженість психосоматичної симптоматики, що підтверджується зниженням показників соматизації.

Результати статистичного аналізу підтверджують ефективність розробленої програми соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання психосоматичних порушень засобами позитивної психотерапії.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Позитивна психотерапія є ефективним ресурсо-фокусованим методом роботи з психосоматичними порушеннями. Метод базується на трьох ключових принципах: надії, який передбачає, що кожна людина має здібності до подолання труднощів та особистісного зростання; балансу, що полягає у досягненні гармонії між чотирма сферами життя – тіло, діяльність, контакти, фантазії/майбутнє; консультування, що передбачає партнерську взаємодію між терапевтом і клієнтом. Особливістю підходу є розгляд симптому не як патології, а як сигналу про незадоволені потреби та можливості для особистісних змін. П'ятиступенева модель позитивної психотерапії включає спостереження та дистанціювання, інвентаризацію, ситуативне заохочення, вербалізацію, розширення цілей та забезпечує системний алгоритм терапевтичної роботи з психосоматичними проявами.

На основі принципів позитивної психотерапії розроблено програму соціально-психологічного тренінгу, яка включає десять онлайн-занять та реалізується через платформу Zoom. Програма спрямована на комплексну роботу з психосоматичними порушеннями через розвиток емоційної компетентності, роботу з негативними емоційними станами, формування адаптивних копінг-стратегій, зниження соматизації та відновлення балансу між сферами життя. Тематика занять послідовно охоплює встановлення контакту та мотивацію до змін, розвиток емоційної грамотності, когнітивні механізми психосоматики, стрес та копінг-стратегії, емоційну регуляцію, баланс чотирьох сфер життя, внутрішні ресурси та позитивне переосмислення симптому, соціальну підтримку та навички комунікації, профілактику рецидивів, інтеграцію досвіду.

Результати формувального експерименту засвідчили позитивну динаміку за всіма досліджуваними показниками. За методикою «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS-20) жоден учасник не демонструє високого рівня алекситимії після програми. Усі особи з високим рівнем алекситимії до програми перейшли до пограничного рівня або норми, що свідчить про

розвиток здатності краще розпізнавати власні емоції, диференціювати різні почуття, вербалізувати свої переживання. Більшість учасників після програми мають нормальний рівень алекситимії, демонструючи суттєве покращення емоційної компетентності.

За методикою «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42) спостерігається суттєве покращення емоційного стану учасників за всіма трьома шкалами. Переважна більшість досліджуваних після програми перебувають у межах норми або легкого рівня депресії, тривоги та стресу. Учасники відзначають покращення настрою, відновлення інтересу до життя, підвищення енергійності, зниження внутрішнього напруження, зменшення занепокоєння, кращу здатність справлятися з тривожними думками, покращення здатності до розслаблення, зниження роздратування, кращу толерантність до стресових ситуацій. Лише поодинокі учасники залишаються на помірному рівні негативних емоційних станів, що вказує на необхідність подальшої індивідуальної роботи.

За методикою «Індикатор копінг-стратегій» Д. Амірхана (CSI) відбулися суттєві зміни у структурі копінг-стратегій на користь більш адаптивних способів подолання стресу. Всі учасники після програми використовують адаптивні стратегії вирішення проблем та пошуку соціальної підтримки на високому або середньому рівні. Учасники навчилися більш активно та конструктивно підходити до вирішення складних ситуацій, аналізувати проблеми, розробляти план дій, звертатися до оточення за емоційною підтримкою, порадами та практичною допомогою. Суттєво знизилася використання дезадаптивної стратегії уникнення – лише поодинокі учасники продовжують систематично її застосовувати, тоді як абсолютна більшість перейшли до середнього або низького рівня використання цієї стратегії.

За методикою «Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15) зафіксовано суттєве зниження рівня соматизації. Зросла частка учасників з мінімальним та легким рівнем соматичних симптомів. Значно зменшилася кількість осіб з помірним рівнем. Більшість учасників з тяжким рівнем соматизації до програми перейшли до нижчих рівнів, демонструючи виражене

зменшення психосоматичної симптоматики. Учасники відзначають зменшення головних болів, болів у спині, покращення травлення, нормалізацію сну, підвищення енергійності. Важливо, що учасники навчилися розпізнавати зв'язок між своїм емоційним станом та появою соматичних симптомів.

Статистична перевірка за допомогою t-критерію Стьюдента для залежних вибірок підтвердила високу статистичну значущість виявлених змін за всіма показниками. За всіма шкалами всіх методик t-емпіричне значно перевищує t-критичне, що дозволяє з високою впевненістю прийняти альтернативну гіпотезу про ефективність розробленої програми. Рівень статистичної значущості вказує на те, що отримані результати не є випадковими, а є наслідком впровадження програми психологічної допомоги.

В процесі тренінгових занять учасники розвинули здатність розпізнавати та вербалізувати власні емоційні стани, покращили емоційний стан через зниження негативних афективних станів, сформували більш адаптивні копінг-стратегії, зменшили вираженість психосоматичної симптоматики. Виявлені зміни підтверджують теоретичні положення про те, що розвиток емоційної компетентності дозволяє опрацьовувати емоційний дистрес психологічними засобами замість його соматизації, зниження негативних емоційних станів зменшує психологічне напруження та призводить до редукції тілесних симптомів, формування адаптивних копінг-стратегій забезпечує конструктивне подолання стресу та запобігає накопиченню напруги, яка може трансформуватися у психосоматичні прояви.

Результати дослідження створюють основу для впровадження програми у практику психологічних служб, консультативних центрів та організацій, які працюють з особами, що мають психосоматичні прояви, та підтверджують доцільність використання позитивної психотерапії як ресурсо-фокусованого методу подолання психосоматичних порушень.

ВИСНОВКИ

На підставі отриманих результатів теоретико-емпіричного дослідження особливостей подолання психосоматичних порушень засобами позитивної психотерапії можна зробити такі загальні висновки.

1. У ході теоретико-методологічного аналізу встановлено, що психосоматичні порушення є складним багатогранним феноменом, який перебуває на перетині психології, медицини, нейробіології та соціальних наук. Виявлено еволюцію наукових поглядів від класичних психоаналітичних концепцій (З. Фройд, Ф. Александер, Ф. Данбар) до сучасних біопсихосоціальних моделей (Дж. Енгель, Б. ван дер Колк). Систематизовано основні теоретичні підходи до розуміння психосоматичних розладів: психоаналітичний, поведінковий, когнітивний, системний, стресовий та інтегративний, кожен з яких розкриває специфічні механізми формування симптомів. Встановлено роль емоційних переживань як основного медіатора між психічними процесами та соматичними проявами, а також значення стресу як ключового тригера психосоматичних реакцій.

2. Аналіз наукової літератури дозволив виокремити соціально-психологічні чинники формування психосоматичних порушень особистості. Серед ключових чинників визначено: хронічний професійний стрес, що має кумулятивний ефект та призводить до виснаження психологічних ресурсів; алекситимію як особистісну характеристику, що полягає у труднощах ідентифікації та вербалізації емоційних станів; негативні афективні стани (депресія, тривога, стрес), які мають двосторонній зв'язок з психосоматичними проявами; копінг-стратегії, зокрема стратегію уникнення як потенційно дезадаптивну; дефіцит соціальної підтримки, що позбавляє людину можливості вербалізувати та опрацювати переживання. Встановлено, що всі чинники взаємодіють між собою, формуючи замкнуте коло психосоматичних проявів.

3. Для проведення емпіричного дослідження застосовано комплекс валідних психодіагностичних методик. Методика «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS-20) використовувалася для виявлення рівня алекситимії та її

компонентів: труднощів з визначенням почуттів, труднощів з описом почуттів, зовнішньо орієнтованого мислення. Методика «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42) застосовувалася для оцінки актуального емоційного стану респондентів за трьома шкалами: депресії, тривоги та стресу. Методика «Індикатор копінг-стратегій» Д. Амірхана (CSI) дозволила визначити домінуючі стратегії подолання стресу: вирішення проблем, пошук соціальної підтримки, уникнення. Методика «Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15) використовувалася для оцінки рівня соматизації та виявлення спектру й інтенсивності соматичних симптомів психогенної природи.

4. За результатами констатувального експерименту встановлено, що значна частина учасників має пограничний або високий рівень алекситимії, що ускладнює розпізнавання та вербалізацію емоцій і створює психологічне підґрунтя для соматизації емоційного дистресу. Виявлено підвищені показники депресії, тривоги та стресу у більшості досліджуваних, що свідчить про значний емоційний дистрес. Аналіз копінг-стратегій показав, що частина респондентів переважно використовує дезадаптивну стратегію уникнення, тоді як значна кількість учасників недостатньо використовує соціальну підтримку, що призводить до накопичення психологічної напруги та її трансформації у психосоматичні симптоми. Помірний та тяжкий рівень соматизації виявлено у значної частини учасників, що підтверджує наявність вираженої психосоматичної симптоматики та необхідність психологічної допомоги. Виявлені взаємозв'язки між показниками підтверджують теоретичні положення про багатофакторну природу психосоматичних порушень та обґрунтовують необхідність розробки комплексної програми тренінгу.

5. Розроблено та апробовано програму соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання психосоматичних порушень засобами позитивної психотерапії. Програма включає 10 занять тривалістю 120 хвилин кожне та базується на принципах надії, балансу та консультування. Тематика занять охоплює розвиток емоційної грамотності, роботу з когнітивними механізмами психосоматики, формування адаптивних копінг-стратегій, емоційну регуляцію, відновлення балансу чотирьох сфер життя, активізацію

внутрішніх ресурсів, розвиток навичок соціальної підтримки та профілактику рецидивів.

6. Результати формувального експерименту засвідчили позитивну динаміку за всіма досліджуваними показниками. За методикою «Торонтська алекситимічна шкала» (TAS-20) жоден учасник не демонструє високого рівня алекситимії після програми, більшість учасників мають нормальний рівень, що свідчить про розвиток емоційної компетентності. За методикою «Шкала депресії, тривоги та стресу» (DASS-42) переважна більшість учасників після програми перебувають у межах норми або легкого рівня за всіма трьома шкалами, відзначаючи покращення настрою, зниження внутрішнього напруження, кращу здатність до розслаблення. За методикою «Індикатор копінг-стратегій» Д. Амірхана (CSI) всі учасники після програми використовують адаптивні стратегії вирішення проблем та пошуку соціальної підтримки на високому або середньому рівні, при цьому суттєво знизилася використання дезадаптивної стратегії уникнення. За методикою «Опитувальник соматичних симптомів» (PHQ-15) зафіксовано суттєве зниження рівня соматизації, зросла частка учасників з мінімальним та легким рівнем, учасники відзначають зменшення головних болів, покращення травлення, нормалізацію сну, підвищення енергійності.

7. Статистична перевірка за допомогою t-критерію Стюдента для залежних вибірок підтвердила високу статистичну значущість виявлених змін за всіма показниками на рівні значущості менше нуля цілих одна тисячна. За всіма шкалами всіх методик t-емпіричне значно перевищує t-критичне, що дозволяє прийняти альтернативну гіпотезу про ефективність розробленої програми. Виявлені зміни підтверджують теоретичні положення про те, що розвиток емоційної компетентності дозволяє опрацьовувати емоційний дистрес психологічними засобами замість його соматизації, зниження негативних емоційних станів зменшує психологічне напруження та призводить до редукції тілесних симптомів, формування адаптивних копінг-стратегій забезпечує конструктивне подолання стресу та запобігає накопиченню напруги. Результати дослідження створюють основу для впровадження програми у практику

психологічних служб та підтверджують доцільність використання позитивної психотерапії як ресурсо-фокусованого методу подолання психосоматичних порушень.

Отже, проведене дослідження підтвердило можливість ефективного подолання психосоматичних порушень засобами позитивної психотерапії та продемонструвало результативність розробленої програми соціально-психологічного тренінгу. Результати створюють основу для впровадження програми у практику психологічних служб, консультативних центрів та організацій, що працюють з особами, які мають психосоматичні прояви.

Таким чином, всі завдання кваліфікаційної роботи виконано, мету – досягнуто.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Авраменко А. І., Сарвір І. М. Психотерапевтичні підходи в лікуванні психосоматичних розладів у сучасних умовах. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2024. Т. 11. № 3. С. 87-95.
2. Агачева Ю. А. Психосоматичні аспекти адаптації в умовах воєнного стресу. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2024. Том V, вип. 24. С. 12-28.
3. Архангельська М. В. Когнітивно-поведінкова терапія як система психотерапевтичних втручань першого вибору в лікуванні тривожних розладів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2024. № 2. С. 49-54.
4. Асєєва Ю. О., Возний Д. В., Волинчук Т. І. Психічне здоров'я молоді в умовах війни: результати психодіагностики та терапевтичних інтервенцій. *Ментальне здоров'я*. 2024. № 3. С. 19-25. URL: <https://journals.oneu.od.ua/index.php/mh/article/view/30> (дата звернення: 20.10.2025).
5. Базика Є. Л. Ціннісні орієнтації як предиктор розвитку психосоматичних захворювань у студентів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2022. № 6. С. 23-27.
6. Бамбурак Н. Концептуальні орієнтири дослідження проблеми психосоматичних розладів. *Збірник наукових праць Національної академії державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки*. 2019. Т. 14, № 3. С. 5-17.
7. Бамбурак Н. Психологічний аналіз проблеми систематики психосоматичних розладів. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки*. 2019. Т. 14, № 3. С. 18-31.
8. Боброва Л. Г. Позитивна психотерапія як метод збереження психічного здоров'я особистості. *Психічне здоров'я – вагома складова національної безпеки сучасного українського суспільства*. 2019. С. 30.

9. Бочелюк В. Й., Панов М. С., Спицька Л. В. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. *Перспективи та інновації науки*. 2022. № 7(12). С. 542-552. URL: <https://repository.khnnra.edu.ua/scientific-texts/психосоматичні-розлади-сучасний-ста/> (дата звернення: 01.10.2025).
10. Бочелюк В. Й., Панов М. С., Турубарова А. В. Особливості посттравматичного зростання, життестійкості, резильєнтності і психологічного благополуччя учасників бойових дій. *Перспективи та інновації науки*. 2023. № 1(19). С. 436-448. URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/pis/article/view/3458> (дата звернення: 05.09.2025).
11. Васківська С. Технологія роботи з психосоматичними симптомами та конверсійним розладом в психотерапії та консультуванні. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2021. Т. 6. № 2. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/292> (дата звернення: 22.09.2025).
12. Волошко Н. І. Психосоматичні хвороби як результат впливу негативних психологічних факторів. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*. 2018. № 40. С. 89-103.
13. Вплив війни та вимушеного переселення на психічне здоров'я дітей і підлітків: аналіз психосоматичних проявів. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. № 9(1). URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/471> (дата звернення: 15.10.2025).
14. Гордієнко-Митрофанова І. *Позитивна психотерапія* : навч. посіб. з психотерапевт. практик розвитку усвідомленої стресостійкості. Київ : ГО «МНГ», 2022. 221 с.
15. Жукотанська В. П. Специфіка психосоматичних розладів, їх прояви та характеристика. *Вісник студентського наукового товариства ДонНУ імені Василя Стуса*. 2022. Т. 2. № 14. С. 118-122.
16. Журавльова Л. П. Емпатійні детермінанти психологічного здоров'я. *Наука і освіта. Науково-практичний журнал Південного наукового центру НАПН України*. 2010. № 3. С. 36-39.
17. Карамушка Л. М., Карамушка Т. В. Емпіричне дослідження особливостей психічного здоров'я вимушених «внутрішніх» переселенців в

умовах війни. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. № 2 (26). С. 48-59.

18. Карамушка Л. Психічне здоров'я персоналу організацій в умовах війни: основні вияви та ресурси. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2022. № 3 (67). С. 124-133.

19. Клименко М. О. Психологічні особливості соматизації особистостей з різними типами структури особистості. Одеса, 2023. 76 с.

20. Коломоєць М. та ін. Теорії та концепції психосоматичних захворювань. *Буковинський медичний вісник*. 2008. Т. 12. № 1 (45). С. 141-143.

21. Компанович М. С. Ретроспективний аналіз досліджень емоційних переживань як складової психосоматичних захворювань. *Психологічне консультування і психотерапія*. 2017. № 1. Вип. 8. С. 51-59.

22. Кононенко К. О. Психологічні особливості смислової кризи особистості та її подолання : дис. д-ра філос. : 053 Психологія. Одес. нац. ун-т імені І. І. Мечникова. Одеса, 2025. 249 с.

23. Корольчук В. М. Психологічні засади дослідження стресостійкості особистості. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2011. № 26. С. 183-192.

24. Кузікова С., Зливков В., Лукомська С., Щербак Т., Котух О. *Психологічний супровід особистості в умовах війни* : навч. посіб. Київ-Ніжин : Видавець ПП Лисенко М. М., 2024. 260 с.

25. Лазорко О. В. *Позитивна психотерапія* : програма вибіркової навчальної дисципліни підготовки бакалавра спеціальності 053 Психологія, освітньої програми Психологія. Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, кафедра загальної і соціальної психології та соціології. Луцьк, 2018. 10 с.

26. Лесик О. А. Позитивна психотерапія як ефективний метод в роботі психолога. Луцьк, 2024. 63 с.

27. Лефтеров В. О., Короход Я. Д. Психоемоційний стан та психологічна адаптація вимушено переміщених осіб в Україні. *Європейський вибір України, розвиток науки та національна безпека в реаліях масштабної*

військової агресії та глобальних викликів XXI століття. Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2022. Т. 1. С. 291-294.

28. Литвиненко О. Д. Проблема психотравми у психологічній науці: основні погляди та підходи. *Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія*. 2016. № 21. Вип. 1. С. 180-186.

29. Лісіцина Л. Б., Шевченко Р. П. Психосоматичні еквіваленти порушень емоційної сфери. *Актуальні проблеми практичної психології : збірн. наук. праць Міжнародн. наук.-практич. інтернет конф. (17 трав. 2024 р., м. Одеса)*. Одеса, 2024. С. 205-208.

30. Лотоцька Л., Лотоцька-Дудик У., Брейдак Ю. Психічне здоров'я молоді в умовах військових конфліктів. *Viae Educationis*. 2022. № 3. С. 54-61.

31. Максименко С. Д., Руденко Я. В., Кушнерьова А. М., Невмержицький В. М. *Психічне здоров'я особистості* : підручник для вищих навчальних закладів. Київ : Видавництво Людмила, 2021. 438 с.

32. Марута Н. О., Панько Т. В., Каленська Г. Ю. Структура психопатологічних проявів у внутрішньо переміщених осіб. *Український вісник психоневрології*. 2019. № 27. Вип. 2. С. 33-37.

33. Медична психологія : підручник / за ред. С. Д. Максименка. 3-тє вид. доробл. і доповн. Київ : Видавництво Людмила, 2023. Т. I. 512 с.

34. Мельничук І. В., Каргіна Н. В. Основи психологічного здоров'я та психотерапія. Одеса : Університет Ушинського, 2025. 539 с.

35. Мішиєв В. Д., Михайлов Б. В., Гриневич Є. Г., Омелянович В. Ю. Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій : навч. посіб. 2-ге вид. Київ : Медицина, 2024. 167 с.

36. Мозгова Г., Візнюк І. Психологічна реабілітація психосоматичних хворих працездатного віку. *Науковий часопис УДУ імені Михайла Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2021. С. 62-73.

37. Москаленко Л. *Схід-Захід: Позитивна психотерапія в діалозі культур*. 2-ге вид. доп. Полтава : Астроя, 2024. 197 с. (дата звернення: 21.10.2025). URL: <https://www.positum.org/ppt-publications/peseschkian-biography-ukrainian/>.

38. Москалець В. Види діяльності з позицій суб'єктного підходу в психології. *Психологія і суспільство*. 2012. № 4 (50). С. 66-77.
39. Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. *Основи психотерапії* : навч. посіб. 3-тє вид. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.
40. Назар Ю. Концептуальні підходи до розуміння феномену посттравматичного зростання особистості. *Психологія і особистість*. 2024. Т. 25. № 1. С. 58-98. URL: <https://psychpersonality.com.ua/uk/journals/tom-25-1-2024/kontseptualni-pidkhodi-do-rozuminnya-fenomenu-posttravmatichnogo-zrostannya-osobistosti> (дата звернення: 15.09.2025).
41. Ніздрань-Федорович О. Застосування позитивної психотерапії у роботі з клієнтами із психотичними розладами. *Наукові записки УКУ. Педагогіка. Психологія*. 2020. Вип. 3. С. 105–112.
42. Ордатій Н. М., Гуменюк Н. В., Ангельська В. О. Позитивна психотерапія: Відновлення ресурсів і сил після травми. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Т. 9. № 4. С. 112-125.
43. Ордатій Н., Ангельська В., Гуменюк Н. Позитивна психотерапія: відновлення ресурсів і сил після травми. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. № 9(2). URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/562> (дата звернення: 16.11.2025).
44. Орос М. М. Психосоматичні розлади, асоційовані з синдромом тотального нервового виснаження. *Здоров'я України 21 сторіччя*. 2024. № 6 (567). С. 24-27. URL: <https://health-ua.com/psychiatry/nervovo-psixicni-rozladi/77065-psihosomatichn-rozladi--natl-emotcnogo-visnazhennya> (дата звернення: 08.09.2025).
45. Особливості психічного здоров'я громадян України в умовах епідемічної небезпеки та реформування системи охорони здоров'я. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2021. № 6(4). URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/345> (дата звернення: 11.11.2025).

46. Оцабрік Г. А. Психологічні особливості адаптаційного потенціалу особистості з психосоматичними проявами : дипломна робота магістра. Одеса, 2018. 111 с.
47. Панасюк Ю. В. Вплив негативних емоцій на розвиток психосоматичних захворювань людини. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2013. № 2. С. 59-61.
48. Панок В. Г. Психологічні дослідження в умовах війни: проблеми і завдання. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*. 2023. Т. 5. № 1. С. 1-12. URL: <https://visnyk.naps.gov.ua/index.php/journal/article/view/374> (дата звернення: 18.10.2025).
49. Перетятко Л., Тесленко М. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. *Психологія і особистість*. 2017. № 2. С. 137–147.
50. Підтримка ментального здоров'я в часи війни. *Національний інститут стратегічних досліджень*. 2023. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny> (дата звернення: 20.09.2025).
51. Розова Т. Психологічне благополуччя як фактор підвищення якості життя: інтегративний підхід. *Науковий часопис УДУ імені Михайла Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2025. С. 80-89.
52. Русанов В. Коли норми руйнуються: девіантна поведінка населення під час війни в Україні. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Т. 9. № 3. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/528> (дата звернення: 12.09.2025).
53. Сабадуха О. Метод самотрансцендентної психосоматичної терапії як спосіб корекції фізичного та психологічного здоров'я людини. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2019. Т. 4. № 3. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/159> (дата звернення: 22.09.2025).
54. Сегеда О. О. Психосоматичні захворювання як предмет психологічної експертизи. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2012. № 43 (1). С. 156-163.

55. Сердюк Л. З. та ін. Психологічні технології сприяння психологічному благополуччю особистості: методичні рекомендації. Київ-Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 68 с.

56. Сердюк Л. З., Завірюха В. В. Позитивна психотерапія в сприянні психологічному благополуччю особистості. *Актуальні проблеми психології: Том IX, Загальна психологія. Історія психології. Етнічна психологія*. 2018. № 11. С. 185-193.

57. Слюсаревський М. М. Соціально-психологічний стан українського суспільства в умовах повномасштабного російського вторгнення: нагальні виклики і відповіді. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*. 2022. № 1. С. 12-28.

58. Спицька Л. В. Психічні розлади особистості: сучасний стан постановки проблеми. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»* : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА, 2023. № 16. С. 84–89.

59. Столярченко О. Б. *Психологія особистості* : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 280 с.

60. Фрадинська А. Стрес як чинник психосоматичних захворювань людини. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологічні науки*. 2016. № 1. С. 229-239.

61. Ханецька Н. О., Чиханцова О. А. Позитивна психотерапія як фактор сприяння розвитку життєстійкості особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*. 2021. № 3(56). Т. 1. С. 21-33.

62. Хаустова О. О., Коваленко Н. В. Аналіз психопатологічних особливостей розладів психіки та поведінки у вимушених переселенців. *Архів психіатрії*. 2016. № 22 (1). С. 17-21.

63. Хомуленко Т. Б., Василенко Я. О., Коваленко М. В. Психосоматичний підхід у проблематиці психології розвитку: теоретичні та прикладні аспекти. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2014. № 49. С. 176-192.

64. Червинська О. М. Психосоматика. психосоматичні розлади. психосоматичний підхід. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2013. № 2. С. 70-72.

65. Через війну психічні розлади мають 90% населення країни : інтерв'ю з професором Центру психічного здоров'я. *Суспільне*. 2023. URL: <https://suspilne.media/443628-cerez-vijnu-psihicni-rozladi-maut-90-naselenna-kraini-intervu-z-profesorom-centru-psihicnogo-zdorova/> (дата звернення: 20.09.2025).

66. Чиханцова О. А. Позитивна психотерапія як фактор сприяння розвитку життєстійкості особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*. 2021. № 3(56). Т. 1. С. 21-33. URL: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2021-56-3-1-21-33> (дата звернення: 25.10.2025).

67. Чугунов В. В. *Психопатологічна синдромологія: психотерапевтичні підходи* : навч. посіб. 6-те вид., доповн. і розширене. Львів : Видавець Марченко Т. В., 2020. 360 с.

68. Чуніхіна С. Л. Дослідження соціально-психологічного стану населення України в умовах війни: виклики для фахової спільноти. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*. 2024. Т. 6. № 1. С. 1-4. URL: <https://visnyk.naps.gov.ua/index.php/journal/article/view/475> (дата звернення: 05.10.2025).

69. Шевчук А. М. Психосоматичні порушення у постраждалого населення внаслідок надзвичайної ситуації. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2011. № 10. С. 302-313.

70. Шелег Л. С. Класифікація концепцій та основні ознаки психосоматичних розладів. *Актуальні проблеми психології*. 2015. № 12. Вип. 21. С. 313-321.

71. Boehm J. K., Kubzansky L. D. The heart's content: The association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological Bulletin*. 2023. Vol. 149. No. 4. P. 655–691. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22506752/> (дата звернення: 15.09.2025).

72. Chakhssi F., Kraiss J. T., Sommers-Spijkerman M., Bohlmeijer E. T. The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2024. Vol. 24. No. 1. Article 211. URL: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1739-2> (дата звернення: 05.10.2025).

73. Bael K., Ball M., Scarfo J., Suleyman E. Assessment of the mind-body connection: preliminary psychometric evidence for a new self-report questionnaire. *BMC Psychology*. 2023. Vol. 11. No. 1. Article 309. URL: <https://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-023-01302-3> (дата звернення: 28.09.2025).

74. Grasser L. R., Kaplan J., Dumontheil I., Marusak H. A. Strong mind, strong body: The promise of mind–body interventions to address growing mental health needs among youth. *Mental Health Science*. 2023. Vol. 1. No. 2. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/mhs2.16> (дата звернення: 03.11.2025).

75. Kaplan J., Somohano V. C., Zaccari B., O'Neil M. E. Randomized controlled trials of mind–body interventions for posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Frontiers in Psychology*. 2024. Vol. 14. Article 1219296. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1219296/full> (дата звернення: 30.09.2025).

76. Kuhfuß M., Maldei T., Hetmanek A., Baumann N. Somatic experiencing – effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: a scoping literature review. *European Journal of Psychotraumatology*. 2024. Vol. 15. No. 1. Article 2021. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8276649/> (дата звернення: 18.09.2025).

77. Saboor S., Medina A., Marciano L. The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JMIR Mental Health*. 2024. Vol. 11. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39141906/> (дата звернення: 01.11.2025).

78. Warren R., Smeets E., Neff K. Being compassionate to oneself is associated with emotional resilience and psychological well-being. *Current Psychiatry Reports*. 2024. Vol. 26. No. 3. P. 134–142.

79. Zhou Y., Jiang C., Xu W., Hou Z., Yuan Y. Research progress in psychosomatic medicine in 2023: An overview. *Journal of Clinical and Basic Psychosomatics*. 2024. Vol. 2. No. 2. Article 2601.

80. Galante J., Friedrich C., Dawson A. F., Modrego-Alarcón M., Gebbing P., Delgado-Suárez I., Gupta R., Dean L., Dalglish T., White I. R., Jones P. B. Systematic review and individual participant data meta-analysis of randomized controlled trials assessing mindfulness-based programs for mental health promotion. *Nature Mental Health*. 2023. Vol. 1. P. 462–476.

81. Invitto S., Moselli P. Exploring Embodied and Bioenergetic Approaches in Trauma Therapy: Observing Somatic Experience and Olfactory Memory. *Brain Sciences*. 2024. Vol. 14. No. 4. Article 385.

82. Salomon B. Somatic Experiencing in Trauma Therapy: Healing Through the Body. *Journal of Trauma and Acute Care*. 2024. Vol. 9. No. 2. Article 11.

83. Zarbo C., Tasca G. A., Cattafi F., Compare A. Integrative Psychotherapy Works. *Frontiers in Psychology*. 2023. Vol. 14. Article 2021. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4707273/> (дата звернення: 11.10.2025).

84. Goyal M., Singh S., Sibinga E. M., Gould N. F., Rowland-Seymour A., Sharma R., Berger Z., Sleicher D., Maron D. D., Shihab H. M., Ranasinghe P. D., Linn S., Saha S., Bass E. B., Haythornthwaite J. A. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. 2024. Vol. 184. No. 3. P. 307–317. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24395196/> (дата звернення: 14.09.2025).

МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ «ТОРОНТСЬКА АЛЕКСИТИМІЧНА ШКАЛА» (TAS-20)

Автори: G. Taylor, J. Parker, R. Bagby (1994)

Українська адаптація: Vasylets V.V., Shapoval I.I., Shalkovskyi E.I.,
Klebanska A.O., Stanislavchuk M.A. (2021)

Інструкція: Оцініть кожне твердження за шкалою від 1 до 5 балів: 1 – Повністю не згоден; 2 – Не згоден; 3 – Не впевнений; 4 – Згоден; 5 – Повністю згоден

Питання опитувальника

1. Мені часто важко розібратися, що саме я відчуваю.
2. Мені важко знайти правильні слова для своїх почуттів.
3. У мене бувають такі відчуття у тілі, в яких не можуть розібратися навіть лікарі.
4. Я легко можу описати свої почуття.*
5. Я волію аналізувати проблеми, а не просто про них розповідати.*
6. Коли я засмучений, я не знаю – чи мені сумно, чи я наляканий, чи злюсь.
7. Мене часто спантеличують відчуття у моєму тілі.
8. Я вважаю за краще, щоб все йшло своїм ходом, ніж розбиратимуся, чому вийшло саме так.
9. У мене бувають почуття, які я не можу точно назвати.
10. Дуже важливо усвідомлювати свої емоції.*
11. Мені важко описувати, які почуття я відчуваю до інших людей.
12. Люди радять мені більше говорити про свої почуття.
13. Я не знаю, що відбувається всередині мене.
14. Я часто не знаю, чому злюся.
15. Я волію розмовляти з людьми про їхні повсякденні справи, а не про їхні почуття.

Продовження Додатку А

- 16.Я волію дивитися легкі, розважальні програми, а не психологічні драми.
- 17.Мені важко розкривати свої найпотаємніші почуття, навіть близьким друзям.
- 18.Я можу відчувати близькість до іншої людини, навіть коли ми мовчимо.*
- 19.При вирішенні особистих проблем я вважаю за корисне розібратися у своїх почуттях.*
- 20.Пошук прихованого сенсу у фільмах чи виставах заважає отримувати задоволення від них.
- *Зірочкою позначені зворотні питання (оцінюються: 5-4-3-2-1)*

Таблиця А.1**Ключ для обробки**

Підшкала	Питання	Діапазон
Труднощі з визначенням почуттів (TIF)	1, 3, 6, 7, 9, 13, 14	7–35 балів
Труднощі з описом почуттів (TDF)	2, 4*, 11, 12, 17	5–25 балів
Зовнішньо орієнтоване мислення (EOT)	5*, 8, 10*, 15, 16, 18*, 19*, 20	8–40 балів

Таблиця А.2**Інтерпретація результатів**

Бали	Рівень алекситимії
20–51	Норма (відсутність алекситимії)
52–60	Пограничний рівень
61–100	Високий рівень (алекситимія)

Загальний бал (діапазон 20–100).

МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ «ШКАЛА ДЕПРЕСІЇ, ТРИВОГИ ТА СТРЕСУ» (DASS-42)

Автори: S.H. Lovibond, P.F. Lovibond (1995)

Інструкція: Оцініть, наскільки кожне твердження стосувалося вас протягом останнього тижня: 0 – Зовсім не стосувалося; 1 – Певною мірою; 2 – Значною мірою; 3 – Дуже сильно/майже весь час

Питання опитувальника

1. Я помічав, що мене засмучують досить дрібні речі
2. Я відчував сухість у роті
3. Я, здавалося, зовсім не міг відчувати жодних позитивних почуттів
4. Я відчував труднощі з диханням (надмірно швидке дихання, задишка без фізичного навантаження)
5. Я просто не міг змусити себе почати діяти
6. Я схильний був надмірно реагувати на ситуації
7. У мене було відчуття тремтіння (ноги ось-ось підкосяться)
8. Мені було важко розслабитися
9. Я опинявся в ситуаціях, які викликали таку тривогу, що я відчував полегшення, коли вони закінчувалися
10. Я відчував, що мені нічого чекати від майбутнього
11. Я помічав, що легко засмучуюся
12. Я відчував, що витрачаю багато нервової енергії
13. Я відчував себе сумним і пригніченим
14. Я помічав, що стаю нетерпеливим, коли мене затримують або змушують чекати
15. У мене було відчуття слабкості
16. Я відчував, що втратив інтерес майже до всього
17. Я відчував, що не вартий багато як особистість

- 18.Я відчував, що я досить чутливий
- 19.Я помітно пітнів за відсутності високих температур або фізичних навантажень
- 20.Я відчував страх без будь-якої вагомої причини
- 21.Я відчував, що життя не варте того, щоб жити
- 22.Мені було важко заспокоїтися
- 23.У мене були труднощі з ковтанням
- 24.Я не міг отримати задоволення від речей, які я робив
- 25.Я відчував роботу свого серця за відсутності фізичних навантажень
- 26.Я почувався пригніченим і засмученим
- 27.Я помічав, що я дуже роздратований
- 28.Я відчував, що близький до паніки
- 29.Мені було важко заспокоїтися після того, як щось мене засмутило
- 30.Я боявся, що мене «збентежить» якесь дрібне, але незнайоме завдання
- 31.Я не міг стати ентузіастом щодо будь-чого
- 32.Мені було важко терпіти перешкоди в тому, що я робив
- 33.Я перебував у стані нервової напруги
- 34.Я відчував, що я досить нікчемний
- 35.Я не терпів нічого, що заважало мені продовжувати те, що я робив
- 36.Я відчував жах
- 37.Я не бачив нічого в майбутньому, на що можна сподіватися
- 38.Я відчував, що життя безглузде
- 39.Я помічав, що стаю збудженим
- 40.Я турбувався про ситуації, в яких я можу панікувати і зробити з себе дурня
- 41.Я відчував тремтіння (наприклад, в руках)
- 42.Мені було важко знайти ініціативу для виконання справ

Продовження Додатку Б

Таблиця Б.1

Ключ для обробки

Шкала	Питання
Депресія (D)	3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42
Тривога (A)	2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41
Стрес (S)	1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39

Діапазон балів для кожної шкали: 0–42

Таблиця Б.2

Інтерпретація результатів

Рівень	Депресія	Тривога	Стрес
Норма	0–9	0–7	0–14
Легкий	10–13	8–9	15–18
Помірний	14–20	10–14	19–25
Тяжкий	21–27	15–19	26–33
Надзвичайно тяжкий	28+	20+	34+

МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ «ІНДИКАТОР КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ»**Д. АМІРХАНА (CSI)**

Інструкція: Оцініть, наскільки кожне твердження характерне для вашої поведінки у складних або стресових ситуаціях: 3 – Повністю згоден; 2 – Згоден; 1 – Не згоден

Питання опитувальника

1. Дозволяю собі поділитися почуттям з другом
2. Намагаюся все зробити так, щоб мати можливість якнайкраще вирішити проблему
3. Здійснюю пошук усіх можливих рішень, перш ніж щось зробити
4. Намагаюся відволіктися від проблеми
5. Приймаю співчуття та розуміння від інших
6. Роблю все можливе, щоб не дати оточуючим побачити, що мої справи погані
7. Обговорюю ситуацію з людьми, тому що обговорення допомагає мені почуватися краще
8. Ставлю для себе низку цілей, що дозволяють поступово справлятися із ситуацією
9. Дуже ретельно зважую можливості вибору
10. Мрію, фантазую про найкращі часи
11. Намагаюся різними способами вирішувати проблему, доки не знайду підходящий
12. Довіряю своїм страхам родичам чи друзям
13. Більше часу, ніж зазвичай, проводжу один
14. Розповідаю іншим людям про складну ситуацію, бо тільки її обговорення допомагає мені прийти до її вирішення
15. Думаю про те, що потрібно зробити, щоб виправити становище
16. Зосереджуюсь повністю на вирішенні проблеми

- 17.Роздумую про себе план дій
- 18.Дивлюся телевізор довше, ніж зазвичай
- 19.Іду до когось (друга чи фахівця), щоб він допоміг мені почуватися краще
- 20.Стою твердо на своєму і борюся за те, що мені потрібне в будь-якій ситуації
- 21.Уникаю спілкування з людьми
- 22.Перемикаюся на хобі або займаюся спортом, щоб уникнути проблем
- 23.Йду до друга за порадою – як виправити ситуацію
- 24.Іду до друга, щоб він допоміг мені краще зрозуміти проблему
- 25.Приймаю співчуття, порозуміння від друзів
- 26.Сплю більше, ніж зазвичай
- 27.Фантазую про те, що все могло б бути інакше
- 28.Уявляю себе героєм книги чи кіно
- 29.Намагаюся вирішити проблему
- 30.Хочу, щоб люди залишили мене одного
- 31.Приймаю допомогу від друзів чи родичів
- 32.Шукаю заспокоєння у тих, хто знає мене краще
- 33.Намагаюся ретельно планувати свої дії, а не діяти імпульсивно

Таблиця В.1

Ключ для обробки

Шкала	Питання	Діапазон
Вирішення проблем	2, 3, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 20, 29, 33	11–33
Пошук соціальної підтримки	1, 5, 7, 12, 14, 19, 23, 24, 25, 31, 32	11–33
Уникнення	4, 6, 10, 13, 18, 21, 22, 26, 27, 28, 30	11–33

Таблиця В.2

Інтерпретація результатів

Бали	Рівень використання стратегії
26–33	Високий (домінуюча стратегія)
18–25	Середній (помірне використання)
11–17	Низький (рідке використання)

МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ «ОПИТУВАЛЬНИК СОМАТИЧНИХ СИМПТОМІВ» (PHQ-15)

Автори: К. Kroenke, R.L. Spitzer, J.B.W. Williams (2002) **Українська версія:** О.С. Чабан, О.О. Хаустова (2021)

Інструкція: Оцініть, наскільки вас турбували наступні проблеми протягом останніх 4 тижнів: 0 – Зовсім не турбувало; 1 – Трохи турбувало; 2 – Сильно турбувало

Питання опитувальника

1. Біль у животі
2. Біль у спині
3. Біль у руках, ногах або суглобах
4. Менструальні болі або інші проблеми з менструацією (тільки для жінок)
5. Головний біль
6. Біль у грудній клітці
7. Запаморочення
8. Непритомність
9. Відчуття серцебиття або прискореного пульсу
10. Задишка
11. Біль або проблеми під час статевого акту
12. Запор, здуття живота або діарея
13. Нудота, гази або розлад травлення
14. Відчуття втоми або нестача енергії
15. Проблеми зі сном

Обробка результатів

Загальний бал = сума балів за всіма пунктами (діапазон: 0–30)

Інтерпретація результатів

Бали	Рівень соматизації
0–4	Мінімальний
5–9	Легкий
10–14	Помірний
15–30	Тяжкий

Поріг клінічної значущості: 5 балів і вище

Соціально-демографічні характеристики респондентів

№ респондента	Стать	Вік	Освіта	Сфера діяльності
1	Ж	28	Вища	Освіта
2	Ж	34	Вища	Фінанси
3	Ж	42	Вища	Медицина
4	Ч	27	Вища	ІТ-сфера
5	Ж	38	Вища	Торгівля
6	Ж	45	Вища	Державна служба
7	Ч	31	Вища	Маркетинг
8	Ж	36	Вища	Юриспруденція
9	Ж	52	Вища	Освіта
10	Ч	25	Вища	ІТ-сфера
11	Ж	41	Вища	Медицина
12	Ж	29	Вища	Фінанси
13	Ж	48	Вища	Соціальна сфера
14	Ч	33	Вища	Будівництво
15	Ж	26	Вища	Маркетинг
16	Ж	55	Вища	Освіта
17	Ж	37	Вища	Торгівля
18	Ч	30	Вища	ІТ-сфера
19	Ж	50	Вища	Медицина
20	Ж	32	Вища	Фінанси
21	Ж	44	Вища	Державна служба
22	Ч	28	Вища	Логістика
23	Ж	47	Вища	Соціальна сфера
24	Ж	35	Вища	Юриспруденція
25	Ч	26	Вища	ІТ-сфера
26	Ж	43	Вища	Освіта
27	Ж	51	Вища	Медицина
28	Ч	29	Вища	Маркетинг
29	Ж	39	Вища	Торгівля
30	Ч	34	Вища	Фінанси